



الجامعة الإسلامية - غزة
عمادة الدراسات العليا
كلية التربية - قسم علم النفس

التوافق النفسي وعلاقته بقوة الأنا وبعض المتغيرات لدى مرضى السكري في قطاع غزة

إعداد الطالبة

مرفت عبدربه عايش مقبل

إشراف

الدكتور/ أنور العبادسة

قدم هذا البحث استكمالاً لمتطلبات الحصول على درجة الماجستير
في علم النفس

1431 هـ - 2010 م

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ

" الَّذِينَ آمَنُوا وَتَطْمَئِنُّ قُلُوبُهُمْ بِذِكْرِ اللَّهِ أَلَا
بِذِكْرِ اللَّهِ تَطْمَئِنُّ الْقُلُوبُ "

"الرعد: 28"

صدق الله العلي العظيم

ملخص الدراسة

هدفت الدراسة للكشف عن العلاقة بين التوافق النفسي وأبعاده وقوة الأنا وكل من المتغيرات (عدد سنوات الإصابة بالمرض، نوع مرض السكري، مستوى الدخل، المستوى التعليمي، العمر، والنوع) لدى مرضى السكري.

وقد تم اختيار عينة الدراسة عشوائياً من المرضى المسجلين بمركز شهداء الرمال الحكومي، وبلغت العينة (300) مريض ومريضة.

وللوصول الي نتائج الدراسة قامت الباحثة بتطبيق مقياس التوافق النفسي من إعداد شقير (2003) بعد التأكد من صدق وثبات المقياس، ومقياس قوة الأنا لبارون ترجمة أبو ناهية وموسى (1988) وقامت الباحثة بتطبيق المقاييس على عينة الدراسة، واستخدمت الباحثة أساليب إحصائية عديدة ومنها الأساليب الوصفية (كالتوسطات الحسابية، والانحرافات المعيارية) والأساليب التحليلية الاستدلالية وتشمل (اختبار "ت"، اختبار التباين الأحادي، معامل الارتباط بيرسون) كما استخدمت بعضاً من اختبارات المقارنة البعدية منها (اختبار شيفيه، واختبار دوناتس).

وتوصلت الدراسة إلي ما يلي:

- وجود علاقة طردية دالة إحصائياً بين التوافق النفسي وأبعاده (الشخصي، الصحي، الأسري، الاجتماعي والتوافق النفسي العام) وقوة الأنا لدى مرضى السكري.
- وجود فروق دالة إحصائياً في التوافق النفسي بعد التوافق الصحي و عدد سنوات الإصابة بمرض السكري.
- عدم وجود فروق دالة إحصائياً بين عدد سنوات الإصابة بمرض السكري وأبعاد التوافق التالية (التوافق الشخصي، التوافق الأسري، التوافق الاجتماعي).
- عدم وجود فروق دالة إحصائياً بين نوع الإصابة بمرض السكري (المعتمد على الأنسولين، المعتمد على حبوب السكر، سكر الحمل) بالنسبة لدرجات التوافق النفسي وأبعاده (الصحي، الأسري، الشخصي، الاجتماعي، النفسي العام) في حين لوحظ وجود فروق دالة إحصائياً بين نوع الإصابة بمرض السكري بالنسبة التوافق الصحي لدى الإناث.
- وجود فروق دالة إحصائياً في التوافق الشخصي والأسري والنفسي العام وذلك حسب مستويات الدخل الشهرية لمرضى السكري، في حين لوحظ عدم وجود فروق دالة إحصائياً في التوافق الصحي والاجتماعي حسب مستويات الدخل الشهرية لمرضى السكري.
- وجود فروق دالة إحصائياً في التوافق النفسي وأبعاده المختلفة حسب المستويات التعليمية المختلفة لمرضى السكري.

- وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسط درجات الذكور ومتوسط درجات الإناث في التوافق النفسي وأبعاده والفروق لصالح الذكور.
- وجود علاقة عكسية دالة إحصائياً بين التوافق الصحي و العمر لدى مرضى السكري، بينما لوحظ عدم وجود علاقة إرتباطية دالة إحصائياً بين العمر والتوافق الشخصي والأسري والاجتماعي والنفسي العام.
- عدم وجود فروق دالة إحصائياً بين قوة الأنا و عدد سنوات الإصابة بمرض السكري
- عدم وجود فروق دالة إحصائياً في قوة الأنا ونوع الإصابة بمرض السكري (المعتمد على الأنسولين، المعتمد على حبوب السكر، سكر الحمل) وأيضاً عدم وجود فروق دالة إحصائياً في قوة الأنا حسب نوع مرض .
- وجود فروق دالة إحصائياً في قوة الأنا حسب مستويات الدخل الشهرية لمرضى السكري.
- وجود فروق دالة إحصائياً في قوة الأنا حسب المستويات التعليمية المختلفة لمرضى السكري لدى الإناث.
- وجود فروق دالة إحصائياً بين متوسط درجات الذكور ومتوسط درجات الإناث بالنسبة لقوة الأنا، والفروق لصالح الذكور.
- وجود علاقة عكسية دالة إحصائياً بين قوة الأنا و العمر لدى مرضى السكري.

Abstract

This study tackled the relationship between psychological adjustment, the ego strength and some variables related to diabetics as (disease discovery – type of diabetes – income level – age – education – gender).

A sample included 300 patients registered at Shohada Al Remal governmental center was randomly chosen to fulfill this study. To reach study findings, the researcher used a measure for psychological adjustment prepared by **(Shoqer 2003)** and a measure for the ego strength by **Baron**, translated by **Abu Nahia and Mosa (1988)**. This step was carried out after checking validity and reliability. The researcher followed different statistical methods such as: descriptive styles (arithmetic averages and standard deviation), deductive analytic styles (T-test – one-way ANOVA – Person's correlation coefficient) and dimensional tests (Scheffe test – Dinette's test).

Study Findings:

- The Study found that there was a statistical direct relationship between psychological adjustment including its dimensions such as personal, healthy, family, social and general psychological adjustment and the ego strength of diabetics.
- The study found that there was a statistical dissimilarities between the healthy dimension of psychological adjustment and years of disease discovery .
- The Study found that there was no statistical dissimilarities between disease discovery and personal, family and social adjustment.
- The study founds that there were no statistical dissimilarities between types of diabetes that depend on Insulin – pills or gestational diabetes and levels of(healthy, social, family, personal, psychological adjustment. In addition, the study found statistical dissimilarities between types of diabetes and healthy adjustment in favor of females.
- According to income levels of diabetics, the study founds that there were statistical dissimilarities between family, personal and general adjustment.

- On the other hand, the study did not find statistical dissimilarities between healthy and social adjustments concerning income levels of diabetics.
- The study found that there were statistical dissimilarities between dimensions of psychological adjustment and educational levels of diabetics.
- The study found that there were statistical dissimilarities between levels of males and females regarding dimensions of psychological adjustment, whereas the dissimilarities were in favor of males.
- There is no a statistical dissimilarities between the ego strength and disease discovery .
- The study did not find statistical dissimilarities between the ego strength and types of diabetes that depend on Insulin, pills or gestational diabetes and no statistical dissimilarities in favor of female.
- The study found that there were statistical dissimilarities in the ego strength according to income levels of diabetics.
- The study found that there were statistical dissimilarities in the ego strength according to educational levels of diabetics.
- In relation to the ego strength, the study found that there were statistical dissimilarities between average of levels of males and females, whereas the dissimilarities were in favor of males.
- There is a statistical inverse relationship between the ego strength and the age of diabetics.

الإهداء

إلى طب القلوب ودوائها ، وعافية الأبدان وشفائها ، ونور البصائر وضيائها
إلى سيد المرسلين من بعثه الله رحمة للعالمين ... سيدنا محمد صلى الله عليه وسلم
إلى الذين ارتقوا إلى العلياء ، إلى من نرفت جراحهم أطهر الدماء
إلى من هم خلف القضبان كالجمال السماء... شهدائنا ، جرحانا ، وأسرانا
إلى مروح صديقتي أحلام أبو صقر (أم محمد) أسأل الله العظيم أن تكون في جنان
النعيم .

إلى المحضن الذي سقاني الحنان ، والقلب الدافئ الذي غمرني بالأمان
أبي و أمي مرعاهما الله.

إلى من مرافقوني مروحاً وجسداً ، وكانوا لي في كل خطوة سنداً
إلى من تذوقت وإياهم العيش حلواً ومرراً إخوتي وأخواتي
إلى أخوات لي لم تلدهم أمي ، إلى من أمضيت بينهم أجمل أيام حياتي
ورسمت معهم أجمل ذكرياتي صديقاتي الغاليات
الباحثة

أهدي هذا العمل المتواضع

شكر وتقدير

الحمد لله ذي الطول والآلاء، والشكر لله شكراً كما ينبغي لجلال وجهه وعظيم سلطانه، فهو سبحانه ولي النعم، وبتوفيقه ورعايته تتم الصالحات، وصلى الله على سيدنا محمد خاتم الرسل والأنبياء، وعلى آله وأصحابه ومن سار على هديه من الأتقياء، وامثالاً لتوجيه النبي الكريم عليه أزكى التحية والتسليم في الحديث الشريف " لا يشكر الله من لا يشكر الناس".

رواه أحمد وأبو داود والترمذي

بداية أتوجه بالشكر والتقدير إلى الدكتور أنور العبادسة الذي قدم لي الدعم، والجهد العلمي وأعطاني من معرفته وعلمه الشيء الكثير، والذي كان لإشرافه على هذه الدراسة الفضل الكبير في وصولها إلى أفضل صورة ممكنة.

كما أتوجه بالشكر والتقدير إلى لجنة المناقشة الممثلة بالأستاذ الدكتور محمد وفائي الحلو مناقشاً داخلياً والدكتور محمد محمد عليان مناقشاً خارجياً لتفضلهم بقبول مناقشة هذه الدراسة وإثرائها بتوجيهاتهم القيمة.

وتتقدم الباحثة بأسمى آيات الشكر والتقدير لكل من ساهم بجهد فعال في سبيل إنجاز هذه الدراسة وأخص بالذكر العاملين في مركز شهداء الرمال لتعاونهم ومساعدتهم لي أثناء الدراسة، وأشكر أيضاً أفراد عينة الدراسة لقبولهم الإجابة على مقابيس الدراسة، وزملائي وزميلاتي في مساندتهم لي طوال فترة الدراسة وكل من مد يد العون لي، وأدعو الله أن يحفظهم جميعاً، والحمد لله الذي منحني الصبر والجهد ومهد طريقي لإنجاز هذا البحث العلمي.

الباحثة

قائمة المحتويات

الصفحة	الموضوع
ب	استهلال
ج	ملخص الدراسة
هـ	ملخص باللغة الانجليزية
ز	إهداء
ح	شكر وتقدير
ط	قائمة المحتويات
م	قائمة الجداول
س	قائمة الملاحق
الفصل الأول : مشكلة الدراسة وأهميتها	
2	مقدمة
3	مشكلة الدراسة
4	أهداف الدراسة
4	أهمية الدراسة
5	فروض الدراسة.
6	مصطلحات الدراسة
6	حدود الدراسة
الفصل الثاني: الإطار النظري	
8	المبحث الأول: التوافق النفسي - توطئة
8	معنى التوافق لغةً
8	مفهوم التوافق
10	الفرق بين مفهوم التوافق ومفهوم التكيف
10	أبعاد التوافق النفسي
12	وظائف عمليات التوافق
14	العوامل المؤثرة في التوافق

16	مفهوم التوافق في المدارس والاتجاهات النفسية
18	المبحث الثاني: قوة الأنا: توطئة
19	نشأة مفهوم قوة الأنا
19	الأنا ومفهوم الذات
20	تعريف قوة الأنا
22	وظائف الأنا النفسية
23	مؤشرات قوة الأنا
24	مفهوم قوة الأنا في المدارس والاتجاهات النفسية
26	قوة الأنا والتوافق النفسي
27	المبحث الثالث: مرض السكري: توطئة
28	تعريف مرض السكري ونشأته
29	التفسير العلمي للمرض
29	غدة البنكرياس وهرمون الأنسولين
30	أنواع مرض السكري
31	أسباب مرض السكري
32	تشخيص مرض السكري
32	الأعراض المصاحبة لمرض السكري
33	علاج مرض السكري
34	علامات السيطرة على مرض السكري
34	مضاعفات مرض السكري
35	التغذية ومرض السكري
35	البدانة ومرض السكري
36	الوراثة ومرض السكري
36	الصحة الجسمية والصحة النفسية
37	الأمراض السيكوسوماتية
38	العوامل النفسية المرتبطة بمرض السكري
39	مرض السكري والاكنتاب

40	مرض السكري والضغط النفسية
41	مرض السكري والتوافق النفسي
43	مرض السكري وقوة الأنا
الفصل الثالث: الدراسات السابقة	
46	الدراسات العربية
48	الدراسات الأجنبية
54	تعقيب على الدراسات السابقة
الفصل الرابع: إجراءات الدراسة	
58	توطئة- منهج الدراسة
58	مجتمع الدراسة
58	عينة الدراسة
59	أدوات الدراسة
59	مقياس التوافق النفسي
66	مقياس قوة الأنا
68	خطوات إجراء الدراسة
69	الأساليب الإحصائية
الفصل الخامس: عرض وتفسير النتائج	
71	توطئة- نتائج الفرض الأول ومناقشتها
75	نتائج الفرض الثاني ومناقشتها
78	نتائج الفرض الثالث ومناقشتها
81	نتائج الفرض الرابع ومناقشتها
86	نتائج الفرض الخامس ومناقشتها
92	نتائج الفرض السادس ومناقشتها
94	نتائج الفرض السابع ومناقشتها
96	نتائج الفرض الثامن ومناقشتها
98	نتائج الفرض التاسع ومناقشتها
99	نتائج الفرض العاشر ومناقشتها
101	نتائج الفرض الحادي عشر ومناقشتها
104	نتائج الفرض الثاني عشر ومناقشتها

105	نتائج الفرض الثالث عشر
106	توصيات ومقترحات الدراسة
108	المراجع
123	الملاحق

قائمة الجداول

رقم الجدول	عنوان الجدول	الصفحة
4:1	يوضح توزيع أفراد العينة حسب المتغيرات المستقلة للدراسة	59
4:2	يوضح معاملات ارتباط بيرسون بين أبعاد مقياس التوافق النفسي والدرجة الكلية للمقياس	60
4:3	يوضح معاملات ارتباط بيرسون بين فقرات المقياس والدرجة الكلية للمقياس	61
4:4	يوضح معاملات الارتباط بين فقرات البعد الأول (التوافق الشخصي) والدرجة الكلية للبعد	61
4:5	يوضح معاملات الارتباط بين فقرات البعد الثاني (التوافق الصحي) والدرجة الكلية للبعد	62
4:6	يوضح معاملات الارتباط بين فقرات البعد الثالث (التوافق الأسري) والدرجة الكلية للبعد	63
4:7	يوضح معاملات الارتباط بين فقرات البعد الرابع (التوافق الاجتماعي) والدرجة الكلية للبعد	63
4:8	يوضح نتائج اختبار "ت" للفروق بين متوسطي مرتفعي ومنخفضي الدرجات على مقياس التوافق النفسي	64
4:9	يوضح معامل ألفا كرونباخ لمقياس التوافق النفسي وأبعاده	65
4:10	يوضح معاملات الثبات لمقياس التوافق النفسي بطريقة التجزئة النصفية	65
4:11	يوضح معاملات ارتباط الرتب (سبيرمان) بين فقرات مقياس قوة الأنا والدرجة الكلية للمقياس	67
4:12	يوضح نتائج اختبار "ت" لدراسة الفروق بين متوسطي الأشخاص مرتفعي ومنخفضي الدرجات على مقياس قوة الأنا	68

71	يوضح معاملات الارتباط " r " بين درجات التوافق النفسي وأبعاده وقوة الأنا لدى مرضى السكري	5:1
75	يوضح نتائج تحليل التباين الأحادي في التوافق النفسي وأبعاده حسب سنوات الإصابة بمرض السكري.	5:2
76	يوضح نتائج اختبارات المقارنات البعدية في التوافق الصحي حسب عدد سنوات الإصابة بمرض السكري.	5:3
78	يوضح نتائج اختبار "ت" في التوافق النفسي وأبعاده حسب نوع مرض السكري.	5:4
79	يوضح نتائج تحليل التباين الأحادي في التوافق النفسي وأبعاده حسب نوع مرض السكري لدى الإناث.	5:5
80	يوضح نتائج اختبارات المقارنات البعدية في التوافق الصحي بالنسبة لنوع مرض السكري لدى الإناث.	5:6
82	يوضح نتائج تحليل التباين الأحادي في التوافق النفسي وأبعاده حسب مستويات الدخل المختلفة لمرضى السكري	5:7
84	يوضح نتائج اختبارات المقارنات البعدية في مقياس التوافق النفسي وأبعاده بالنسبة لمستوى الدخل الشهرية لمرضى السكري	5:8
87	يوضح نتائج تحليل التباين الأحادي في التوافق النفسي وأبعاده حسب المستوى التعليمي لمرضى السكري	5:9
89	يوضح نتائج اختبارات المقارنات البعدية في مقياس التوافق النفسي وأبعاده بالنسبة للمستوى التعليمي لمرضى السكري	5:10
92	يوضح نتائج اختبار "ت" للمقارنة بين متوسطي درجات الذكور والإناث في التوافق النفسي وأبعاده	5:11
94	يوضح معاملات الارتباط " r " بين درجات التوافق النفسي وأبعاده والعمر لدى مرضى السكري	5:12
96	يوضح نتائج تحليل التباين الأحادي في قوة الأنا حسب سنوات الإصابة بمرض السكري.	5:13
98	يوضح نتائج اختبار "ت" في قوة الأنا حسب نوع مرض السكري.	5:14
98	يوضح نتائج تحليل التباين الأحادي في قوة الأنا حسب نوع مرض السكري لدى الإناث.	5:15
100	يوضح نتائج تحليل التباين الأحادي في قوة الأنا حسب مستويات الدخل المختلفة لمرضى السكري	5:16

100	يوضح نتائج اختبارات المقارنات البعدية في قوة الأنا بالنسبة لمستوى الدخل الشهري لمرضى السكري	5:17
102	يوضح نتائج تحليل التباين الأحادي في قوة الأنا حسب المستوى التعليمي لمرضى السكري.	5:18
102	يوضح اختبار المقارنات البعدية في قوة الأنا بالنسبة للمستوى التعليمي لمرضى السكري	5:19
104	يوضح نتائج اختبار "ت" للمقارنة بين متوسطي درجات الذكور والإناث في قوة الأنا	5:20
105	يوضح معاملات الارتباط " r " بين درجات قوة الأنا والعمر لدى مرضى السكري	5:21

قائمة الملاحق

الصفحة	عنوان الملحق	رقم الملحق
124	استمارة المعلومات الشخصية	1
126	مقياس التوافق النفسي بصورته الأولية	2
129	مقياس التوافق النفسي بصورته النهائية	3
132	مقياس قوة الأنا بصورته الأولية	4
135	مقياس قوة الأنا بصورته النهائية	5
138	خطاب تسهيل مهمات	6

الفصل الأول

مشكلة الدراسة وأهميتها

➤ مقدمة

➤ مشكلة الدراسة

➤ أهداف الدراسة

➤ أهمية الدراسة

➤ فروض الدراسة

➤ مصطلحات الدراسة

➤ حدود الدراسة

مقدمة:

الصحة الجسدية والنفسية غاية كل إنسان لينعم بحياة سعيدة خالية من الأمراض، ولما كان الجسد والنفس في الإنسان وحدة متكاملة غير منفصلة، تؤثر بعضها ببعض الآخر تأثيراً واضحاً، فإن الأمراض الجسدية يكون لها ردود وآثار نفسية متعددة والعكس.

فعند اكتشاف الإنسان أن لديه مرض جسدي يستجيب بردود فعل نفسية وسلوكية إزاء هذا المرض مثل الشعور بالإرهاق والضغط النفسي والعصبية والعديد من المشاكل النفسية، وكما أن المشكلات النفسية الناجمة عن ضغوط الحياة، يصاحبها أعراض جسدية مثل الصداع الشديد، آلام المفاصل، آلام المعدة وظهور الأمراض المزمنة مثل السكري، إرتفاع ضغط الدم وأمراض القلب (الحويج، 2008: 2).

هذا الارتباط والتأثير المتبادل بين الجسد والنفس ربما أدى إلى إضطراب وصعوبات في عملية التوافق ولكن العلاقة ليست حتمية، وتتحدد بعوامل عديدة منها: نوع المرض المصاب به ومدة هذا المرض، والدعم الأسري والاجتماعي، والوضع الإقتصادي، وقوة الشخصية (الأنا) لديه، هذه العوامل قد تكون مساعدة للوصول إلى مستوى جيد من التوافق أو قد تكون عوامل معيقة لعملية التوافق.

ولا يخلو شخص في حياته من سوء التوافق فالإنسان يتعرض طوال حياته للعديد من الضغوط والمشاكل الجسدية والنفسية التي تؤثر على عملية التوافق لديه مثل تعرضه للأمراض النفسية أو الجسدية المزمنة حيث يحتاج الفرد لبذل مجهود أكثر للوصول إلى حالة التوافق الكاملة (رضوان، 2002: 3) ومن هذه الأمراض، مرض السكري، وتتناول هذه الدراسة مرض السكري كمرض مزمن يحتاج المصاب به إلى القدرة على التوافق في حياته اليومية خاصة، أن هذا المرض شائع ينتج عنه أعراض ومضاعفات حادة ومزمنة في أجهزة الجسم المختلفة، ومن المحتمل أن يؤثر على الحالة النفسية للمريض.

فإلى أي حد يمكن تأكيد العلاقة بين التوافق النفسي وقوة الأنا لدى مرضى السكري، وهو المرض المزمن، وهذا التساؤل يقودنا إلى المشكلة مدار هذا البحث.

مشكلة الدراسة:

من خلال عمل الباحثة في المجال الصحي والنفسي، وملاحظتها لمعاناة مرضى السكري من مختلف الأعمار والمشاكل الصحية والنفسية التي يعانون منها وصعوبة التوافق النفسي لدى البعض نظراً لضعف إرادتهم أمام هذا المرض، لأن هذا المرض مصاحب لهم طول الحياة وهذا يشعرهم بالإحباط والملل، ولذلك رأت الباحثة أنه من الضروري معرفة مدى التوافق النفسي لدى مرضى السكري وقوة الأنا وعلاقتها ببعض المتغيرات التي قد يكون لها أثر في زيادة التوافق النفسي أو في قوة الأنا.

وتتمثل مشكلة الدراسة في الإجابة على التساؤلات التالية:

- 1- هل توجد علاقة ارتباطية ذات دلالة إحصائية بين التوافق النفسي وأبعاده وقوة الأنا لدى مرضى السكري؟
- 2- هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين التوافق النفسي وعدد سنوات الإصابة بمرض السكري؟
- 3- هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية في التوافق النفسي وأبعاده تبعاً لنوع مرض السكري؟
- 4- هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية في التوافق النفسي وأبعاده تبعاً لمستوى الدخل لدى مرضى السكري؟
- 5- هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية في التوافق النفسي وأبعاده تبعاً للمستوى التعليمي لدى مرضى السكري؟
- 6- هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية في التوافق النفسي وأبعاده تبعاً للنوع لدى مرضى السكري؟
- 7- هل توجد علاقة ارتباطية ذات دلالة إحصائية بين التوافق النفسي وأبعاده لدى مرضى السكري و العمر؟
- 8- هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين قوة الأنا وعدد سنوات الإصابة بمرض السكري؟
- 9- هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية في قوة الأنا تبعاً لنوع مرض السكري؟
- 10- هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية في قوة الأنا تبعاً لمستوى الدخل لدى مرضى السكري؟
- 11- هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية في قوة الأنا تبعاً للمستوى التعليمي لدى مرضى السكري؟
- 12- هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية في قوة الأنا تبعاً للنوع لدى مرضى السكري؟
- 13- هل توجد علاقة ارتباطية ذات دلالة إحصائية بين قوة الأنا والعمر لدى مرضى السكري؟

أهداف الدراسة:

تتمثل أهداف الدراسة فيما يلي:

- 1- التعرف على العلاقة بين التوافق النفسي وأبعاده وقوة الأنا لدى مرضى السكري.
- 2- التعرف على الفروق بين التوافق النفسي وأبعاده لدى مرضى السكري وعدد سنوات الإصابة بالمرض.
- 3- التعرف على الفروق في التوافق النفسي وأبعاده لدى مرضى السكري تبعاً لنوع مرض السكري.
- 4- التعرف على الفروق في التوافق النفسي وأبعاده لدى مرضى السكري تبعاً لمستوى الدخل.
- 5- التعرف على الفروق في التوافق النفسي وأبعاده لدى مرضى السكري تبعاً للمستوى التعليمي.
- 6- التعرف على الفروق في التوافق النفسي وأبعاده لدى مرضى السكري تبعاً للنوع.
- 7- التعرف على العلاقة بين التوافق النفسي وأبعاده لدى مرضى السكري والعمر.
- 8- التعرف على الفروق بين قوة الأنا لدى مرضى السكري وعدد سنوات الإصابة بالمرض.
- 9- التعرف على الفروق في قوة الأنا لدى مرضى السكري تبعاً لنوع مرض السكري.
- 10- التعرف على الفروق في قوة الأنا لدى مرضى السكري تبعاً لمستوى الدخل.
- 11- التعرف على الفروق في قوة الأنا لدى مرضى السكري تبعاً للمستوى التعليمي.
- 12- التعرف على الفروق في قوة الأنا لدى مرضى السكري تبعاً للنوع.
- 13- التعرف على العلاقة بين قوة الأنا لدى مرضى السكري والعمر.

أهمية الدراسة:

1. تعتبر هذه الدراسة إضافة مفيدة للتراث النظري حول متغيرات التوافق النفسي وقوة الأنا ومرض السكري.
2. لفت الإنتباه إلى أن مرضى السكري لا يحتاجون فقط للعلاج الدوائي وإنما يحتاجون لعوامل أخرى تساعدهم على الإستمرار في التوافق مع المرض ومضاعفاته، مثل قوة الأنا والبيئة المحيطة بالمريض.
3. تفيد الدراسة الأخصائيين والمرشدين النفسيين في معرفة مستوى التوافق النفسي وقوة الأنا لدى مرضى السكري .
4. تفيد الدراسة الأخصائيين والمرشدين في معرفة المتغيرات التي تؤثر في التوافق النفسي وقوة الأنا لدى مرضى السكري .
5. تفيد الدراسة كأساس نظري لبرامج ارشادية موجهة لمرضى السكري.

فروض الدراسة:

- 1- توجد علاقة ارتباطيه ذات دلالة إحصائية بين التوافق النفسي وأبعاده وقوة الأنا لدى مرضى السكري.
- 2- توجد فروق ذات دلالة إحصائية في التوافق النفسي وأبعاده تبعاً لعدد سنوات الإصابة بمرض السكري.
- 3- توجد فروق ذات دلالة إحصائية في التوافق النفسي وأبعاده تبعاً لنوع مرض السكري.
- 4- توجد فروق ذات دلالة إحصائية في التوافق النفسي وأبعاده تبعاً لمستوى الدخل لدى مرضى السكري.
- 5- توجد فروق ذات دلالة إحصائية في التوافق النفسي وأبعاده تبعاً للمستوى التعليمي لدى مرضى السكري.
- 6- لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في التوافق النفسي وأبعاده لدى مرضى السكري تبعاً للنوع.
- 7- لا توجد علاقة ارتباطيه ذات دلالة إحصائية بين التوافق النفسي وأبعاده لدى مرضى السكري والعمر.
- 8- توجد فروق ذات دلالة إحصائية في قوة الأنا تبعاً لعدد سنوات الإصابة بمرض السكري.
- 9- توجد فروق ذات دلالة إحصائية في قوة الأنا تبعاً لنوع مرض السكري.
- 10- توجد فروق ذات دلالة إحصائية في قوة الأنا تبعاً لمستوى الدخل لدى مرضى السكري.
- 11- توجد فروق ذات دلالة إحصائية في قوة الأنا تبعاً للمستوى التعليمي لدى مرضى السكري.
- 12- لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في قوة الأنا لدى مرضى السكري تبعاً للنوع.
- 13- لا توجد علاقة ارتباطيه ذات دلالة إحصائية بين قوة الأنا لدى مرضى السكري والعمر.

مصطلحات الدراسة:

التوافق النفسي:

التعريف الاصطلاحي:

التوافق عملية دينامية مستمرة تتناول السلوك والبيئة الطبيعية والاجتماعية بالتغيير والتعديل، حتى يحدث توازن بين الفرد والبيئة (زهران، 1985: 29).

التعريف الإجرائي:

بأنه عملية دينامية مستمرة يقوم خلالها الفرد بالتفاعل مع البيئة لإشباع حاجاته الجسمية والنفسية والاجتماعية، ليحقق بذلك الرضا عن نفسه والآخرين كما يقيسها مقياس التوافق النفسي من إعداد (شقيير، 2003).

قوة الأنا:

التعريف الاصطلاحي:

قوة الأنا تمثل قوة الفرد وقدرته على مواجهة الواقع وتقبله، والقدرة على استخدام ما لديه من مهارات معرفية وإنفعالية وسلوكية في التعامل مع هذا الواقع (جودة وحجو، 2003: 262).

التعريف الإجرائي:

مدى فعالية وكفاءة الفرد على مواجهة الواقع وتحدياته باستخدام مهاراته المعرفية والسلوكية وذلك حسبما يقيسه مقياس قوة الأنا من إعداد (أبو ناهية وموسى، 1988).

مرض السكري :

التعريف الاصطلاحي:

مرض السكري هو اضطراب في عملية التمثيل الغذائي، ويتم بارتفاع نسبة تركيز الجلوكوز في الدم والمسئول عن ذلك الإرتفاع هو النقص المطلق، أو النسبي للأنسولين حيث يعجز الجسم عن تصنيع، أو استخدام الأنسولين بشكل مناسب، وعلى إعتبار أن الأنسولين هو الهرمون الذي يفرزه البنكرياس والذي يتحكم في تحويل السكر، والكربوهيدرات إلى طاقة، فإنه عندما يحدث اضطراب وظيفي للأنسولين يزداد الجلوكوز بالدم ويظهر بالبول.

حدود الدراسة:

الحد الزمني:

قامت الباحثة بتطبيق المقياسين على العينتين الاستطلاعية والفعالية في شهري يونيو وأغسطس 2009 .

الحد المكاني:

تم إجراء هذه الدراسة على مرضى السكري الذين يتلقون الرعاية الصحية في مركز شهداء الرمال الصحي التابع لوزارة الصحة الفلسطينية.

الحد البشري:

تتحدد الدراسة الحالية في عينة من مرضى السكري الذين يعانون من مرض السكري بشكل مزمن وليس إصابة عرضية أو مؤقتة.

الفصل الثاني الإطار النظري

➤ أولاً: التوافق النفسي.

➤ ثانياً: قوة الأنا.

➤ ثالثاً: مرض السكري.

المبحث الأول: التوافق النفسي:

يتناول المبحث مفهوم التوافق، وتعريفاته، وعلاقته بمفاهيم أخرى كالتكيف، والصحة النفسية، أبعاد ومجالات التوافق، والنظريات المفسرة للتوافق.

توطئة:

الإنسان له حاجات ومتطلبات كثيرة يقضي معظم وقته وطاقته محاولاً إشباعها ولا تقتصر هذه المتطلبات على الحاجات الجسدية كالجوع والعطش وغيرها، فهناك حاجات نفسية أيضاً تحتاج للإشباع كي يحافظ الفرد على التوازن بين مطالبه وبيئته الاجتماعية، ويرى فهمي(148:1970) أن التوافق يعتبر المحصلة النهائية لتفاعل الفرد مع بيئته، وقد إهتم علماء النفس على إختلاف إتجاهاتهم بموضوع التوافق والكثير منهم فسروه على أنه حجر الأساس في حياة الفرد وصحته النفسية.

معنى التوافق لغةً:

ورد في لسان العرب أن التوافق: مأخوذة من وفق الشيء أي لاعمه، وقد وافقه موافقة، وإتفق معه توافقاً (الأنصاري، 1988: 262).

وجاء في معجم الوسيط أن التوافق في الفلسفة هو أن يسلك المرء مسلك الجماعة، ويتجنب الشذوذ في الخلق والسلوك(معجم اللغة العربية، 1984: 1047).

مفهوم التوافق:

في البداية كان التوافق كما يشير الشاذلي (2001: 25) يُعرف بيولوجيا كما ورد في نظرية دارون في النشوء والارتقاء بأنه قدرة الكائن الحي على التلاؤم مع الظروف البيئية فعند حدوث تغيرات بيئية مفاجئة فيواجهها الكائن الحي، بتغيرات ذاتية وبيئية ليستمر في البقاء، فإن فشل في ذلك ينقرض ويختفي.

وقد عرف علماء النفس والباحثين مصطلح التوافق بمعانٍ كثيرة متداخلة ومتشابهة ويرجع ذلك إلى تباين خلفياتهم العلمية والثقافية، ورغم تلك الإختلافات نجد أن تعريفاتهم تركز على توافق الفرد مع نفسه أو توافقه مع مجتمعه وبيئته، فقد ركز كل تعريف على الجانب الذي رأى الباحث أنه الأهم في مفهوم التوافق، حيث أكد smith (1975: 211) على أهمية الاعتدال في اشباع الحاجات ومراعاة متطلبات الواقع عند تحقيق ذلك، واتفق Shaffer&shoben (1965: 118) مع smith غير أنهما أكدا على أهمية المرونة في أساليب

الإشباع، وتغييرها لتلائم البيئة المتغيرة، وقد اتفق كل من زهران (1985: 29) والصفطي (1983: 28) على أهمية تعديل الأساليب التوافقية، وأكدوا على أهمية تعديل الأساليب التوافقية، وأكدوا على أهمية الوصول إلى حالة التوازن بين الفرد وذاته، والفرد وبيئته، كما اتفقا على أن من خصائص التوافق الدينامية والاستمرار.

أما الزيايدي (1969: 203) فيؤكد في تعريفه على أهمية أن تؤدي عمليات التوافق إلى دور فعال منتج للفرد في المجتمع، ويتفق ذلك مع مكونات التوافق التي ذكرها Philips (1968: 66) وتتضمن اتجاهين الأول: أن يقبل الفرد ويستجيب بفعالية إزاء التوقعات التي تواجهه بحسب سنه وجنسه، أما الاتجاه الثاني: فيتضمن استثمار الفرد لكل الفرص التي تسنح له ليحقق أهدافه، وبالرغم من اتفاق قاسم (1985: 34) على أهمية الفعالية إلا أنه يشير إلى عدم اشتراط وصول الفرد إلى أقصى درجات الكمال، ويؤكد على ضرورة توافر سمات لدى الشخص ليكون متوافقاً نفسياً، من أهمها: القدرة على ضبط النفس، والتمتع بالمسئولية الشخصية والاجتماعية.

من خلال ما تقدم، وغيرها من تعريفات باحثين آخرين ومنهم تعريف مخيمر (1984: 45) إن الإيجابية الخلاقة هي المعيار الأساسي للتوافق، والإيجابية هي الوسط الفاصل بين العدوانية كندميرية غير مشروعة، والعدوانية كطاقات تعمل على الإزدهار الكمي للحياة في الصورة الابتكارية، وتعريف هنا (1960: 48) الذي ركز على أن التوافق يعني استبعاد حالات التوتر، وإعادة الفرد إلى مستوى توازنه في البيئة التي يعيش فيها، وتعريف فهمي (1965: 378) أن التوافق هو تفاعل مستمر بين الشخص وبيئته، وتوضيح القوسي (1981: 150) أن التوافق خلو الفرد من النزاع الداخلي والتكيف لظروف البيئة الاجتماعية والمادية، توصلت الباحثة إلى مجموعة من الخصائص المتضمنة في مفهوم التوافق وهي:

- التوافق عملية تفاعلية متحركة مرنة وليست حالة ثابتة.
- التوافق عملية مستمرة، لا تتوقف في أي مرحلة من مراحل العمر.
- هدف التوافق إشباع الحاجات وتحقيق الرضا.
- يتضمن التوافق الرضا عن الذات وما حققت.
- يتضمن التوافق الرضا عن البيئة وما وفرت من فرص.
- هناك توافق إيجابي فاعل يؤدي إلى الصحة النفسية، وتوافق سلبي غير فاعل يؤدي إلى الفشل في تحقيق الصحة النفسية.

- التوافق نسبي يتأثر بالفروق الفردية والنوعية والثقافية.
- لا يعني التوافق فقط التكيف مع البيئة، بل يشمل إحداث تغييرات في البيئة لتوائم الفرد، وبذلك فهو عملية إيجابية مؤثرة، وقد تتم عبر إعادة تنظيم الخبرة الشخصية.

الفرق بين مفهوم التوافق ومفهوم التكيف:

تباينت آراء الباحثين في تحديد مفهومي التكيف والتوافق، فبعضهم أشار إلى وجود فرق بين المفهومين، ومنهم من إعتبرهما وجهان لعملة واحدة.

فقد فرق عبد الله (1996 : 229) بين مفهومي التوافق والتكيف، إذ يرى أن التوافق أشمل من التكيف فالتوافق ليس مجرد تكيف الفرد مع متغيرات البيئة، ولكن قد يغير الإنسان ظروف بيئته لتلائمه، وذلك من خلال إعادة تنظيم الخبرة الشخصية، أو من خلال إعادة تنظيم عناصر البيئة، ويرى دمنهوري (1996 : 84) أن التوافق ينطوي على وظيفة أساسية هي تحقيق التوازن مع البيئة بمعناها الشامل والكلي، أما التكيف فهو مجرد تكيف مادي فيزيائي مع البيئة ومن مؤيدي التفرقة بين المفهومين [عبد الحميد (1987 : 24) و عبد الجواد (1979 : 28) و wolman (1973 : 178) و راجح (1977 : 117)].

أما مرحاب (1984 : 3) فيشير إلى أن مفهومي التوافق والتكيف يستخدمان كمترادفين، وقد يأتي التكيف للدلالة على الخطوات المؤدية للتوافق والتوافق هو الغاية التي يبلغها الفرد، ويجزم كل من شعبان وتيم (1999 : 42) بأن التوافق هو التكيف، ويشير الخطيب (2004 : 148) أن التوافق والتكيف نفس المعنى فكلاهما يدل على محاولات الفرد للتواءم والإنسجام مع الذات من جهة والبيئة من جهة أخرى، ومن مؤيدي أن التوافق والتكيف نفس الشيء [الشرقاوي (1988 : 157) وهنا (1960 : 48) وفهمي (1967 : 9) والقوصي (1975 : 3) والشكعة (1986 : 88)] ومن خلال آراء الباحثين السابقة الباحثة تؤيد استخدام التوافق والتكيف كمترادفين فكلاهما محاولات الفرد في الانسجام مع نفسه ومع بيئته المحيطة به.

أبعاد التوافق النفسي (مجالات أو تصنيفات):

اختلفت الآراء حول تحديد أبعاد التوافق النفسي تبعا لإختلاف نظرة العلماء والباحثين فقد أشار زهران (1997 : 27) الى ثلاثة أبعاد للتوافق وهي التوافق الشخصي، التوافق الإجتماعي، التوافق المهني، بينما أوضح كامل (2001 : 30) خمسة أبعاد للتوافق النفسي وهي: التوافق

الشخصي، التوافق الإجتماعي، التوافق المنزلي، التوافق المدرسي، التوافق الجسمي، أما شقير (2003: 4-5) فتزى أن أهم ما يتضمن مفهوم التوافق النفسي يتمثل في الأبعاد التالية، والتي تتفق بعضها مع كل من الشحومي (1989: 20) والحجار (2003: 17) وزهران (1997: 27) وهذه الأبعاد هي:

1- التوافق الشخصي والإنفعالي:

ويتضمن السعادة والرضا عن النفس، وإشباع الدوافع الأولية والثانوية، والتأقلم مع أية عاقبة أو مرض يصيب الفرد، ويتطور التوافق الشخصي تبعاً لتطور الفرد عبر مراحل الحياة المختلفة، وأثناء العجز أو المرض تزداد الحاجة للتوافق الشخصي حتى يحدث الإتزان في شخصية الفرد (الشحومي، 1989: 20).

2- التوافق الصحي (الجسمي):

وهو تمتع الفرد بصحة جيدة خالية من الأمراض الجسمية والعقلية والإنفعالية مع تقبله لمظهره الخارجي والرضا عنه، وخلوه من المشاكل العضوية المختلفة، وشعوره بالإرتياح النفسي تجاه قدراته وإمكاناته وتمتعه بحواس سليمة، وميله إلى النشاط والحيوية معظم الوقت وقدرته على الحركة والإتزان وسلامة في التركيز مع الإستمرارية في النشاط والعمل دون إجهاد أو ضعف لهتمته ونشاطه (شقير، 2003: 5).

3- التوافق الأسري:

هو تمتع الفرد بحياة سعيدة داخل أسرة تقدره وتحبه، مع شعوره بدوره الحيوي داخل الأسرة والتعاون بينه وبين أفراد الأسرة، ومدى قدرة الأسرة على توفير الإمكانيات الضرورية (الحجار، 2003: 17).

4- التوافق الإجتماعي:

يتضمن السعادة مع الآخرين والإلتزام بأخلاقيات المجتمع ومسايرة المعايير الإجتماعية، وتقبل التغيير الإجتماعي، والعمل لخير الجماعة، والتفاعل الإجتماعي السليم في إقامة علاقات طيبة وإيجابية مع أفراد المجتمع مما يؤدي إلى الصحة الإجتماعية (زهران، 1997: 27).

وظائف عمليات التوافق:

عند أي تغيير في البيئة المحيطة بالفرد، ينبغي عليه أن يقابل ذلك بتغيير وتعديل في السلوك، وعليه أن يجد طرقاً جديدة لإشباع رغباته تبعاً لأي تغيير في الظروف المحيطة فالتوافق يتضمن المرونة في مواجهة الظروف البيئية، وهناك عدة عوامل تؤثر في عملية التوافق منها:

1- إشباع الحاجات الأولية:

هي ذات وظيفة حيوية تعمل على بقاء الفرد حيث ترتبط بالتكوين الفسيولوجي له، مثل الحاجة إلى الطعام والشراب والملبس والمسكن والجنس والنوم، وهي حاجات إشباعها ضروري للحياة، حيث أن مستوى إشباع هذه الحاجات مؤشر لعملية التوافق، فإذا لم تشبع فإن الفرد يعاني من التوتر وكلما زاد التوتر، يقل الإتران الإنفعالي وبالتالي تضعف قدرة الفرد على الوصول إلى التوافق الحسن (الحجار، 2003: 15).

2- إشباع الحاجات الثانوية:

وهي التي يكتسبها الفرد ويتعلمها من البيئة وتتأثر بنوعية التنشئة الاجتماعية، كما إنها تنظم إشباع الحاجات البيولوجية وتضبطها مثل الحاجة إلى الأمن والاستقرار، والمحبة والنجاح وهذه الحاجات النفسية ضرورية للفرد ليكمل توازنه ونضجه النفسي، حيث يظل مدفوعاً بها إلى أن يشبعها، فهي تولد لديه حالة من التوتر النفسي تدفعه إلى محاولة إشباعها فهي حاجات ملحة ذات إستمرارية وتواصل (منصور، 2006: 42).

3- التقبل والرضا عن الذات:

تعتبر من أهم العوامل التي تؤثر في سلوك الفرد، فالرضا عن الذات يكون دافعاً للفرد إتجاه العمل والتوافق مع الآخرين، والإنجاز في مجالات تتفق مع قدراته وإمكانياته، والفرد الذي لا يتقبل نفسه ولا يشعر بالرضا، يكون معرضاً للمواقف الإحباطية، ويشعر خلالها بالفشل وعدم التوافق النفسي والاجتماعي ويدفعه ذلك إلى الإنطواء أو العدوان (عطية، 2001: 30).

4- التكيف مع المجتمع ومسايرة قيمه ومعاييرها:

المسايرة هي الإنصياع أو المجاراه وميل غير مقصود غالباً لتقبل أفكار إجتماعية معينة ومعاييرها وسلوكها، والمسايرة قد تكون مطلوبة في مواقف معينة ولكن البيئة الإجتماعية قد تتضمن معايير فاسدة ومبادئ خاطئة، ومن ثم لا يكون المسايرة معها علامة على التوافق،

ويكون التوافق بمحاولة تغيير البيئة أو عدم مسايرتها ويسمى ذلك بالمغايرة وهي تشير إلى السلوك الذي يتناقض مع معايير الجماعة ويخالفها (مطر، 2009: 38).

5- تحقيق الصحة النفسية:

إن الإنسان يتعرض لضغوط وصراعات داخلية وخارجية، وعليه مواجهة الرغبات والدوافع الشخصية المتعارضة مع البيئة المحيطة به من أجل إستمرار التوازن النفسي لديه، أي تحقيق التوافق الإيجابي، ويرى علماء النفس أن الفرد المتوافق هو الذي يتمتع بصحة نفسية، والصحة النفسية هي محصلة إنجاز عمليات التوافق.

ويذكر Schwebel (1990: 43) في العلاقة بين الصحة النفسية والتوافق ما يلي:

- الصحة النفسية توافق مستمر، غير ثابتة، وهي هدف دائم، ضروري وأساسي في نمو الشخصية السوية.
- الصحة النفسية حالة إيجابية تشمل الجوانب الجسمية والعقلية والاجتماعية والإنفعالية، وهذه الجوانب متكاملة تنمو خلال عملية التوافق.
- الصحة النفسية عملية توافق تهدف إلى إيصال الفرد إلى أعلى مراتب تحقيق الذات.

ويرى أبو حويج والصفدي (2001: 30) أن التوافق يدل على الصحة النفسية إذا كانت أهداف الفرد تتفق مع قيم ومعايير المجتمع واشباعها بسلوك مقبول، وأيضاً يدل على ضعف الصحة النفسية إذا لم يتقبل المجتمع أهدافه أو كان سلوكه يثير سخط الناس عليه.

معايير الصحة النفسية:

هناك ثلاثة معايير أساسية نستطيع الإعتماد عليها في الحكم على تحقق الصحة النفسية وهي:

1 - **الخلو من الإضطراب النفسي:** ولكن مجرد غياب المرض النفسي لا يعني توافر الصحة النفسية ويجب أن يكتمل بالتالي، التوافق بأبعاده المختلفة، التوافق النفسي الذاتي من حيث التوفيق بين الحاجات والدوافع والتحكم بها وحل صراعاتها، والتوافق الاجتماعي بأشكاله المختلفة، المدرسي، والمهني، والزواجي، والأسري (الخضري، 2003: 17)

2 - **تفاعل الشخص مع محيطه الداخلي والخارجي (الإدراك الصحيح للواقع):**

ويتداخل هذا المعيار مع معيار التوافق، لأن عملية التوافق تجري حين يتفاعل الشخص مع بيئته الداخلية والخارجية (المغربي، 1992: 12).

3 - تكامل الشخصية: ويُقصد بتكامل الشخصية هو انتظام مقوماتها، وسماتها المختلفة وانتلافها في صيغة وخضوع هذه المكونات والسمات لهذه الصيغة، فالشخصية المتكاملة هي الشخصية السوية ودليل الصحة النفسية، أما تفكك الشخصية وعدم تكاملها فهي الشخصية المضطربة ودليل اختلال الصحة النفسية (راجع، 1968: 400).

في هذا الصدد يذكر الحويج (2008: 18) أنه إذا اجتمعت هذه المعايير نستطيع أن نصف الصحة النفسية، أنها حالة دائمة نسبياً يكون الفرد فيها متوافقاً نفسياً مع ذاته ومع بيئته ويشعر فيها بالسعادة مع نفسه، ومع الآخرين ويكون قادراً على تحقيق ذاته وإستغلال قدراته وإمكاناته إلى أقصى حد ممكن، ويكون قادراً على مواجهة مطالب الحياة وسلوكه عادى بحيث يعيش في سلام وطمأنينة.

العوامل المؤثرة في التوافق:

1 - التنشئة الإجتماعية:

وهي العملية التي يتحول خلالها الإنسان من طفل رضيع يعتمد على الآخرين إلى إنسان بالغ، وعنصر في المجتمع يسهم في بناء الحياه الإجتماعية وتطورها، وتظهر أهمية التنشئة الإجتماعية في مرحلة الطفولة خاصة حيث أنها مرحلة تعلم اللغة، وبداية النمو العقلي والخلقي ويتم فيها الأساس الذي تنمو عليه الشخصية (كفاي، 1987: 178) وهناك بيئتان أساسيتان تلعبان دوراً هاماً في عملية التوافق وهما، الأسرة حيث تساهم في التوافق الإيجابي لدى الأبناء، من خلال عدة عوامل كالتوافق الأسري، قبول الولدين لأولادهم، وإشراكهم في إتخاذ القرارات، وتعليمهم الحدود المقبولة للسلوك، وقد تكون الأسرة لها دور في سوء التوافق من خلال العلاقات المضطربة بين الوالدين، المعاملة السلبية للأبناء والتركيز على عقابهم وعدم مشاركتهم في إتخاذ القرار (Belkin، 1984: 281) والبيئة الثانية هي المدرسة والتي تقوم بدور كبير في تنمية شخصية الطلاب، حيث تزودهم بالمهارات والإتجاهات التي تعكس ثقافة المجتمع، وتمكنهم من مواجهة الحياة، فإذا نجحت المدرسة بدورها أدت إلى التوافق الحسن والعكس (الهابط، 1987: 180).

2 - الطفولة وخبراتها:

تعتبر مرحلة الطفولة من أهم مراحل حياة الإنسان حيث تتكون القدرات وعناصر الشخصية، وأنماط السلوك، وتنمو لديه بذور التوافق السليم أوعدمه، والإنسان في كبره يحمل رواسب

الطفولة، وإن الخبرة في الطفولة تحدد بدرجة واضحة وسيلة الرضى النفسي والتوافق في الحياة المتأخرة، وهذا يوضح العلاقة الوثيقة بين التوافق وعملية النمو (الرفاعي، 1982: 45).

3- المكونات الجسمية وتنقسم إلى أربعة أقسام:

- **العوامل الفسيولوجية:** وهي كل ما يحمله الفرد منذ تكوينه، ومنها ما ينشأ عن عوامل وراثية.
- **المظاهر الجسمية الشخصية:** إن رضا الفرد عن مظاهره الجسدية أمر مهم في توافقه، فقد يشعر الفرد بالنقص عندما لا تتناسب أوصافه الجسدية مع معايير الثقافة، وكثيراً ما تؤثر المظاهر الجسدية في إستجابة الآخرين نحو الشخص وبالتالي نظرته لنفسه (Burns , 1979: 52).
- **الصحة الجسمية:** عملية التوافق تحتاج أن يتمتع الفرد بقدر مناسب من الصحة الجسمية، التي تمكنه من بذل الجهد المناسب لمواجهة حالات التوتر والضغوط التي يتعرض لها (أبوشماله، 2002 : 24).
- **معدل النضج:** النضج المبكر يمكن الفرد من المشاركة في النشاطات الإجتماعية، والنضج يعطي مكانة وقوة وإعتباراً، كما يمكن الفرد من تحمل مسؤوليات تترك لديه صورة إيجابية عن الذات، أما المتأخر في النضج فيعاني من ضغوط نفسية (طحان، 1987: 17).

4- وسائل الإعلام والإتصال:

تعتبر وسائل الإعلام في عصرنا الحديث من العوامل المهمة المؤثرة في التربية وبناء الشخصية والتوافق، وقد تكون عاملاً في حسن التوافق أو سوء التوافق وذلك يرجع لما تقدمه هذه الوسائل من برامج تؤثر على سلوك الأطفال والكبار (Storow, 1990: 652).

5- الظروف الاقتصادية:

يضيف مرسي، ومحمد (1986: 123 - 125) أن نقص المال وعدم توفر الإمكانيات المادية، عائقاً يمنع كثيراً من الناس من تحقيق أهدافهم في الحياة وقد يسبب لهم الشعور بالإحباط، فالفقر يعتبر عائقاً يمنع من إشباع الحاجات الأساسية ويسبب الألم وسوء التوافق، كما أوضحت دراسة أبوشماله (2002) أنه توجد علاقة موجبة لدى المراهقين بين المستوى الاقتصادي والاجتماعي ودرجات التوافق النفسي لديهم.

6- توفر المهارات التكيفية:

إن إكتساب المهارات والعادات من شأنه أن يؤدي إلى حدوث التوافق، والذي هو في الواقع محصلة ما مر به الفرد من تجارب وخبرات أدت به إلى كيفية إشباع حاجاته وتعامله مع غيره من الأفراد في مجتمعه (عطية، 2001: 33)، وهذه المهارات تكسب الفرد المرونة وعدم الجمود وهو أن يتقبل الفرد المواقف الجديدة في حياته، وتصدر منه إستجابات ملائمة نحوها، فإنه يكون أكثر توافقاً وتكيفاً مع الوسط البيئي والإجتماعي الذي يعيش فيه، أكثر من الفرد الذي يتصف بالجمود العقلي أو الفكري والذي يؤدي إلى الشعور بالتوتر والإضطراب النفسي، وعدم قدرته على التوافق (فهمي، 1967 : 42).

مفهوم التوافق في المدارس والإتجاهات النفسية:

هناك الكثير من النظريات التي قامت بتفسير التوافق الإنساني، ولكن يصعب عرضها جميعاً لكثرتها، وتقدم الباحثة أهم هذه النظريات والتي تتمثل في:

1- النظرية البيولوجية الطبية:

يرى أصحاب هذه النظرية أن جميع أشكال الفشل في التوافق تنتج عن أمراض تصيب أنسجة الجسم وبخاصة مخ الإنسان، ومثل هذه الأمراض يمكن توارثها، أو إكتسابها خلال الحياة عن طريق الإصابات، والجروح، والعدوى، والأمراض المزمنة كمرض السكري والقلب الناتج عن الضغط الواقع على الفرد (عبداللطيف، 1990: 42).

2 - نظرية التحليل النفسي :

يرى أصحاب هذه المدرسة أن مكونات الشخصية ثلاثة هي Id والأنا Ego، والأنا الأعلى Super ego، وهي تشير إلى مكونات وعمليات نفسية تعمل كفريق وفق مبادئ معينة في ظل توجيه الأنا، وهم يعتبرون الحياه سلسلة من الصراعات تتسبب في الإشباع أو الإحباطات لدى الفرد (جابر، 1986: 28-29) والتوافق عند فرويد يتحقق عندما تكون الأنا بمثابة المدير المنفذ للشخصية، ويسيطر على كل من الهو والأنا الأعلى، وبأداء الأنا لوظائفه في حكمة وإتزان يتحقق التوافق، وأما إذا تخلى الأنا عن قدرة أكبر مما ينبغي من سلطانه للهو أو الأنا الأعلى، فإن ذلك يؤدي إلى سوء التوافق (الشنداوي، 1999: 382).

ويرى أتباع مدرسة التحليل النفسي، أن التوافق هو قدرة الفرد على القيام بعملياته العقلية والنفسية والإجتماعية، ويشعر أثناء ذلك بالسعادة والرضا فلا يكون خاضعاً لرغبات الهو أو الأنا الأعلى، ولا يتم ذلك إلا بوجود أنا قوى يستطيع الموازنة بين متطلبات الهو وتحذيرات الأنا

الأعلى ومتطلبات الواقع (دسوقي، 1991: 66) والشخص الأقرب إلى التوافق والصحة النفسية هو الشخص الواقعي الذي يرى نفسه على حقيقتها دون خداع للذات، ويرى التحليليون أن العصاب والذهان ما هما إلا شكل من أشكال سوء التوافق، وأن السمات الأساسية للشخصية المتوافقة المتمتعة بالصحة النفسية تتمثل في ثلاث سمات هي قوة الأنا، القدرة على العمل، و القدرة على الحب (منصور، 2006 : 76_79).

3- النظرية السلوكية:

مفهوم التوافق عند السلوكيين هو إكتساب الفرد لمجموعة من العادات المناسبة والفعالة في معاملة الآخرين والتي سبق أن تعلمها الفرد، وأدت إلى خفض التوترعنده أو اشبعت دوافعه وحاجاته، وبذلك تدعمت وأصبحت سلوكا يستدعيه الفرد كلما واجه نفس الموقف مرة أخرى (كفاي، 1967: 33 _ 34)، ويشير السيد (1993، 68 _ 69) أن بعض علماء المدرسة السلوكية اختلفوا في حدوث عملية التوافق، مثل واطسون وسكندر رأوا أن عملية التوافق تتم بدون قصد وبصورة آلية عن طريق الاثبات البيئية، في حين يرى باندورا وماهوني، أن بعض عمليات التوافق تتم بصورة قصدية واعية تماما، ويرون أن السلوك التوافقي هو الذي يؤدي إلى خفض التوتر الناتج عن الحاح دافع معين والفرد يتعلمه، ويميل إلى تكراره في المواقف المماثلة، كما يرون أن الشخصية ليست الإ جهاز العادات والمهارات والسلوكيات التي إكتسبها الفرد، والسلوك التوافقي هو القدرة على التنبؤ بالنتائج المترتبة على السلوك والقدرة على ضبط الذات (السندي، 1990: 23) وسوء التوافق عند السلوكيين يتمثل في عدم قدرة الفرد على ملاحظة النتائج غير المرغوبة التي تترتب على سلوك معين، كما يتضمن صعوبة ضبط الذات، وهذه القدرات في جميع الأحوال مهارات أو سلوكيات متعلمة، وهي قابلة للتغيير في أي وقت من عمر الإنسان (منصور، 2006: 80).

4- النظرية الانسانية:

قامت هذه النظرية مخالفة لآراء كل من المدرسة التحليلية والسلوكية، فأصحابها أجمعوا على أن الإنسان يتميز عن باقي الكائنات الحية بالإبداع والتفاعل والتواصل والحرية، وهم يرون أن التوافق يرتبط بتحقيق المرء لذاته، وإذا إستطاع الإنسان أن يشبع الحاجات الأولية والسيولوجية، يفسح المجال له للوصول للمستوى الذي يليه حتى يصل إلى أعلى مستويات الإشباع ألا وهي تحقيق الذات، ويرى ماسلو أن الشخص المتوافق يتصف بالتفانيّة، وتقبل الذات والآخرين والإدراك الدقيق للواقع، والإستقلال وقدرته على إقامة العلاقات مع الآخرين، و أن

تحقيق الذات هو أرقى الدوافع الإنسانية وأن الأشخاص المحققين لذواتهم يمثلوا الشخصية السوية (عسكروالفرحان، 1991: 159).

وبما أن الشخصية المتوافقة هي التي تتمتع بالتوازن بين الفرد وذاته من جهة وبين مجتمعه، إضافة إلى قبول الذات والرضا الإجتماعي فلا بد من الإشارة إلى أن هذه المشاعر تتشكل ضمن محددات تتكامل فيما بينها ويعتبر كل من الوراثة والبيئة جانباً منها، ولا يمكن الحكم على الفرد من جانب أو إتجاه معين دون النظر للجوانب الأخرى (وافي، 2006: 70).

النظريات السابقة كل منها يرى التوافق من منظور مختلف فالنظرية التحليلية تعتبر أن التوافق هو قدرة الفرد على القيام بعملياته العقلية والنفسية والإجتماعية، ويشعر أثناء ذلك بالسعادة والرضا فلا يكون خاضعاً لرغبات الهو أو الأنا الأعلى، ولا يتم ذلك إلا بوجود أنا قوى يستطيع الموازنة بين متطلبات الهو وتحذيرات الأنا الأعلى ومتطلبات الواقع، فهي ترجع نجاح عملية التوافق الي الأنا القوية، أما السلوكيون يرون أن عملية التوافق مكتسبة من خلال التعلم من المواقف السابقة واكتساب مهارات أو سلوكيات يستخدمها الفرد في مواقف مماثلة، أما أصحاب النظرية الانسانية يرون أن الإنسان يتميز عن باقي الكائنات الحية بالإبداع والتفاعل والتواصل والحرية، وأن التوافق يرتبط بتحقيق المرء لذاته، وترى الباحثة أن النظرية الانسانية نظرية تهتم بالإنسان ككل وليس من خلال الأنا القوية أو من مواقف ومهارات مكتسبة فهي نظرية تجمع بين الشخصية السوية القوية والمهارات المكتسبة وقبول الفرد لذاته ومجتمعه ولذلك فالباحثة تؤيد تلك النظرية لاعتبارها انها شاملة.

المبحث الثاني: قوة الأنا:

يتناول المبحث مفهوم قوة الأنا ونشأتها، وهويتها وعلاقتها بمفاهيم أخرى كالذات والشخصية والتوافق النفسي.

توطئة:

تعتبر دراسة الشخصية من المحاور الأساسية التي يعتمد عليها علم النفس في تفسيراته لسلوك الإنسان، وقدرته على التوافق سواء مع ذاته أو مع بيئته المحيطة به. وقد تنوعت النظريات التي تناولت الشخصية من جوانب مختلفة، ومن أهمها نظرية السمات لجوردن ألبرت، ونظرية العوامل لريموند كاتل وغيرها من النظريات التي إفتترضت أن لكل شخصية سمات معينة تحدد سلوك الفرد (عودة، 2002: 64) ومن سمات الشخصية التي تهتمنا في هذه الدراسة سمة قوة الأنا.

نشأة مفهوم قوة الأنا:

كان فرويد أول من تناول مفهوم الأنا ضمن مكونات الجهاز النفسي للشخصية، حيث إعتبر أن الأنا مركز الشعور والإدراك الحسي الداخلي والخارجي والعمليات العقلية والمشرف على الحركة والإدارة، والمتكفل بالدفاع عن الشخصية، وتوافقها وحل الصراع بين مطالب الهو والأنا الأعلى وبين الواقع ولذلك فهو منفذ الشخصية، ويعمل في ضوء مبدأ الواقع من أجل حفظ الذات والتوافق الاجتماعي (مرسى، 1997: 114) وعليه إن استطاعت الأنا القيام بوظائفها والعمل على التكيف مع البيئة الخارجية، والرغبات الداخلية للفرد فهي سوية وقوية وتنمو نمواً سليماً، ولقد إتخذ الباحثون هذه المتطلبات أساساً فسروا من خلاله ما أطلقوا عليه مصطلح قوة الأنا (عودة، 2002: 67).

ويرجع الفضل الى آيزنك الذي استنبط مفهوم قوة الأنا من سلسلة دراساته العملية في الشخصية خصوصاً ما يتعلق بالجانب المزاجي والإنفعالي منها (موسى وأبوناية، 1988: 51).

و قد أسهمت الدراسات العملية التي قام بها كاتل، والتي توصل من خلالها إلى وجود عدد من المحاور الأساسية للشخصية، والكشف عن وجود عامل قوة الأنا في مقابل الميل العصابي، كواحد من ستة عشر عاملاً، تشكل في مجموعها السمات الأولية للشخصية وهذه العوامل ثنائية القطب، ونظراً لتعدد الأبحاث تعددت مسميات بُعد قوة الأنا فأطلق عليه آيزنك وكاتل بعد الإتزان الإنفعالي، وآخرون أطلقوا عليه الثبات الإنفعالي أو حسن التوافق أو الاتزان في مقابل عدم الثبات الإنفعالي أو سوء التوافق (هول وليندزي، 1978: 607 - 608).

وسمة قوة الأنا هي نسبية يمكن أن تتحقق لدى الفرد بدرجة ما، ومن الممكن أن تتخضع فينحدر الفرد إلى المرض النفسي (عودة، 2002: 70) فهي ترتبط بمستوى الإدراك والتوافق، أي أنها ترتبط بالنواحي العقلية والشعورية وتنعكس على السلوك.

الأنا ومفهوم الذات:

كثيراً ما يخلط الباحثون بين مفهوم الأنا ومفهوم الذات، فبعض الباحثين فرق بين المفهومين وبعضهم من إستخدم المفهومين مترادفين، فمنهم من استخدم الأنا، على أنها مجموع العمليات النفسية، بينما مفهوم الذات ما يكونه الفرد عن نفسه من مفهومات مختلفة، وهناك آراء مختلفة عن تعريفات الذات والأنا، ولا يوجد إتفاق عام على إستخدم مفهوم معين بين الباحثين، حيث أشارت الشميمري (1996: 18) أن الأنا وفقاً لمفهوم التحليل النفسي هي مجموع عمليات الإدراك والتفكير والتذكر المسئولة عن العمل من أجل إشباع إستجابة البواعث الداخلية، والذات

هي الأساليب التي يستجيب بها الفرد لنفسه، والذات تحتوي على أربعة جوانب وهي: كيف يدرك الفرد نفسه، ما يعتقد عن نفسه، كيف يقيم نفسه، مجموعة الأساليب المختلفة التي يستخدمها الفرد لتعزيز نفسه والدفاع عنها (أبوزيد، 1987: 69).

وأشار هول وليندزي (1978: 605) أن بعض الباحثين ومعظم التحليليين إستخدم مصطلح الذات ليشير إلى مفهوم الأنا، وأن الذات " الأنا " كبناء ترتبط بمجموعة من العمليات الوظيفية لتنظيم الحياة وتحقيق التكيف، وأنها نشاط موحد مركب للإحساس والتذكر والإدراك، وهي المنطقة الشعورية من الشخصية التي تحاول التعبير عن رغبات الذات الدنيا، وإشباعها وإشعارها بالرضا في ضوء عاملين هما، الواقع الخارجي للإنسان من عادات وتقاليد، وما تشمل عليه الذات من مكونات عقائدية وقيمية، ومفهوم الذات لديهم هو المجموع الكلي، لكل ما يستطيع الإنسان أن يدعي أنه له، جسده، وسماته وقدراته، وممتلكاته المادية، وأسرته، أصدقائه، وأعدائه، وهواياته.

وترى الباحثة أن مفهوم الأنا ومفهوم الذات مرتبطين ومكملين لبعضهما حيث أن الأنا هي مجموع العمليات الإدراكية والمشرف على الحركة والارادة، والدفاع عن الشخصية كما ذكر مرسى (1997: 114) وأن الذات هي الأساليب التي يستجيب بها لنفسه، فهناك تفاعلاً بين الأنا والذات لتنظيم اشباع حاجات الفرد في ضوء الواقع الخارجي ومعتقدات الفرد وقيمه وهذا التفاعل يؤدي إلى تنظيم عمليات التوافق وإنجاز الصحة النفسية، ولذلك تميل الباحثة إلى استخدام الأنا والذات كمرادفين وتعني بهما قوة الإرادة والشخصية التي تحدد السلوك السليم والتوافق الجيد.

تعريف قوة الأنا:

تعددت تعريفات قوة الأنا وتباينت لدى علماء النفس والباحثين كل من وجهة نظره الخاصة ولكن جميعها تهدف إلى وصف قوة الأنا وتؤكد على نفس المعنى وضمن اطارها العام المتفق عليه وهو أن قوة الأنا سمة من سمات الشخصية، وتتناول الباحثة بعض هذه التعريفات.

تعريفات محورها التوافق:

يُعرف Wolman (1989: 107) قوة الأنا بأنها خاصية أولية تكشف عن نفسها في شكل الإتزان الإنفعالي لدى الفرد، وقدرة الأنا على مواجهة والتغلب على الصعوبات الإنفعالية. ويؤكد كل من طه (1993: 639) وبارون (1963: 144) وعبد الخالق (1987: 323 - 324) أن قوة الأنا هي قوة الشخص على أن يحقق التوافق مع

نفسه ومع بيئته المحيطة، وعلى مهارة الأنا في علاج صراعاته الشخصية، والتعامل معها ومع العالم الخارجي، وخلوه من الأعراض العصائية والاحساس بالرضا كما أشار كفاي (1982: 54) وأنها الركيزة الأساسية في الصحة النفسية.

يرى Fontana (1995: 386) أن قوة الأنا تتضمن مستويات عالية من تقدير الذات، والثقة بالنفس اللتان تساعد الفرد على معالجة المشكلات التي يواجهها بهدوء وموضوعية.

قوة الأنا في موسوعة علم النفس والتحليل النفسي بأنها قوة طاقته النفسية، وهي التي تحدد مدى تحمله للظروف غير المواتية، وبحسب قوة الأنا تكون مقاومته للانهيال أمام الظروف (حفني، 1994: 258)، ويعرف عيد (2001: 296) قوة الأنا بأنها محور الحياة النفسية وممكن قوتها التي تقاس بالقدرة على تحمل الإحباط وتجاوزه، والإرتفاع فوق مشاعر الإثم، والمضي قدماً بالإمكانات توكيداً للذات وتحقيقاً لها.

أما القاضي (1994: 27) حاول جمع كل ماسبق بقوله أن قوة الأنا هي القدرة على التكيف مع شروط الواقع والإحتفاظ بأوضاع إنفعالية متزنة، والتوافق مع المطالب الإجتماعية والإتزان والقدرة على التحكم في الإنفعالات وفي التعبير عنها في مواقف الغضب، وفي مواقف الرضا، وعند الخوف والخلو من الصراعات المرضية، وتحقيق الصحة النفسية.

ترى الباحثة أن التعريفات والآراء السابقة للباحثين توضح مدى العلاقة بين قوة الأنا وعملية التوافق حيث تتضمن أنه كلما كانت الأنا أو الذات قوية تستطيع الوصول إلى مستوى التوافق الجيد وتحقيق الصحة النفسية وهي غاية كل فرد.

تعريفات محورها الإدراك:

قوة الأنا هي خلو الشخص من إضطرابات الوظائف الإدراكية لاسيما إضطرابات التمييز بين المدركات السابقة والمدركات الحالية (عودة، 2002: 69).

وقد عرف إريكسون قوة الأنا بأنها طاقة الفرد لتقييم الحدود المعقولة في تفسيراته وإدراكاته للبيئة (عبد الخالق، 1987: 170).

ويشير أبوزيد (1987: 199) إلى رأي كاتل الذي عرف قوة الأنا أنها نقص الطفلية الإنفعالية، والهموم المتزايدة والقلق والتفكير غير الواقعي والإدراكات المشوهة، وأن الإستعداد المتزايد للإنفعال يمكن أن يؤدي أيضاً إلى تشويه إدراكي.

أما موسى (1998: 83) فيرى أن الفرد الذي يتسم بقوة أنا مرتفعة فإن مدركاته تكون واضحة، وواقعية بالنسبة لنفسه وبالنسبة للعالم الخارجي حوله، أما الفرد الذي يتصف بقوة أنا غير مرتفعة فهو عكس ذلك.

وقد حاولت عبد الفتاح (1961: 161) الربط بين الإدراك والتوافق في تعريفها لقوة الأنا حيث اعتبرت أنها الحالة التي يستطيع فيها الشخص إدراك الجوانب المختلفة للمواقف التي تواجهه، ثم الربط بين هذه الجوانب وما لديه من دوافع وخبرات وتجارب سابقة من النجاح والفشل تساعده على، تعيين نوع الإستجابة وتحديدها وطبيعتها وتتفق ومقتضيات الموقف الراهن وتسمح بتكيف إستجابته تكيفاً ملائماً ينتهي بالفرد إلى التوافق مع البيئة والمساهمة الإيجابية في نشاطها وفي نفس الوقت ينتهي بالفرد إلى حالة من الشعور بالرضا والسعادة.

ومن تعريفات الباحثين تري الباحثة أن قوة الأنا ترتبط إرتباطاً وثيقاً بمستوى التوافق والإدراك أي أنها ترتبط بالنواحي العقلية والشعورية وتنعكس على السلوك.

وترى الباحثة من التعريفات السابقة أنها تتضمنت، أن قوة الأنا كسمة من سمات الشخصية هي سمة نسبية يمكن التحقق لدى الفرد بدرجة ما، ويمكن أن تتخفف فيميل الفرد نحو المرض النفسي وهذا يدل على مدى الإرتباط بين قوة الأنا والتوافق النفسي، فالفرد لا يصل إلى التوافق النفسي لأقصى درجاته، فهو عملية مستمرة كلما تم إشباع حاجة من حاجات الفرد يلجأ للبحث عن إشباع غيرها بما يتوافق مع البيئة، فهو أيضاً نسبي يختلف من فرد لآخر وهذا ينطبق على مرضى السكري كأفراد في المجتمع فالتوافق لديهم يختلف من مريض لآخر باختلاف درجة قوة الأنا، ومتغيرات أخرى كنوع السكري لديهم وعدد سنوات المرض وغيرها وتتبنى الباحثة تعريفات المحور الأول المتعلق بالتوافق.

وظائف الأنا النفسية:

تناول كثير من العلماء وظائف الأنا من عدة زوايا وهي:

- الأنا تسيطر على الحركات الإرادية نتيجة العلاقة السابقة التكوين بين الإدراك الحسي والفعل العضلي (الشميمري، 1996: 16).
- تقوم بحفظ الذات، وهي تؤدي هذه المهمة عبر تعلم التعامل مع المثيرات الخارجية وتتعلم الأنا تعديل العالم الخارجي تعديلاً يعود عليها بالنفع (عبد الرحمن، 1998: 22).
- تقرر ما إذا كان يجب السماح بإشباع الحاجات أو إرجاء هذا الإشباع إلى أحيان وظروف موأتية في العالم الخارجي، أو قمع تنبيهات تلك الدوافع (طه، 1993: 115).
- الإرتفاع بالعمليات التي تجري في الهو إلى مستوى دينامي أعلى وربما يتم ذلك بتحويل الطاقة المتحركة بحرية إلى طاقة مقيدة (الشميمري، 1996: 16).

- تتكفل بحل الصراعات الشخصية وتحقيق توافقها مع البيئة أي هي المسؤولة عن كل ما تقوم به الشخصية من سلوك (حب الله، 2004: 33).
- تمثل الموجه الأساسي للشخصية وتعطي الأسلوب والطريقة التي تتم فيها عملية الإثباع (سعيد، 2007: 31).
- التحكم فيما ينبغي إدراكه أو فعله، بتوجيه الأنشطة وجدولتها للدوافع تبعاً لأهميتها (سعيد، 2007: 31).
- تعديل مستوى التطلع بما يتفق مع الإمكانيات الفعلية (مخيمر، 1981: 221).
- تسعى أساساً إلى تحقيق الذات (مخيمر: 221).
- تحقق الإتزان النفسي للفرد وتساعده على مواجهة وتحمل إحباطات الحياة وضغوطها (كيال، 1993: 138).

مؤشرات أو مظاهر قوة الأنا:

ذكر موسى (1997: 83 - 84) بعض المؤشرات ومنها:

- القدرة على تحمل التهديد الخارجي.
- القدرة على السيطرة على مشاعر الذنب.
- القدرة على كبت بعض الدوافع الغير إجتماعية دون أن تسبب أي نوع من الإزعاج.
- التوازن بين الصلابة والمرونة، وذكر أيضا أن من مؤشرات الأنا الضعيفة عدم القدرة على معالجة الضغوط الخارجية، وعدم القدرة على التحكم في الذات وعدم الرضا عنها.
- وأضاف القاضي (1994: 25) مؤشرات أخرى منها:
- التخطيط وال ضبط .
- تقدير الذات والشعور بأنه يستحق الإهتمام.
- الوصول إلى الأهداف بدون صعوبات واضحة.
- كما أضاف عبد الوهاب (2007: 3) مؤشرات منها:
- القدرة على معالجة الضغوط "البيئية، الدافعية، والانفعالية وتعني الضبط الكافي عند التعامل مع الآخرين.
- إستخدام المهارات والقدرات الموجودة لدى الشخص بأقصى طاقة ممكنة والواقعية في تحديد الأهداف.
- القدرة على العمل في إطار إحترام الذات وفي حدود الأخلاق الإجتماعية والشخصية والقدرة على التحكم في الذات .

• القدرة على إقامة علاقات تفاعلية سوية مع الآخرين.

وأشار عبد الخالق (1987: 324) أن من مؤشرات الأنا الضعيفة نقص الوعي وتشوش الإدراك وعدم القدرة على اتخاذ القرار، وأيضاً يرى عبد الرحمن (1998: 498) أن ضعف العلاقات الاجتماعية وأن الأشخاص الذين تقهرهم ضغوط الحياة، ويقعون فريسة للمرض النفسي، والعاطلين عن العمل هم أصحاب الأنا الضعيفة.

مفهوم قوة الانا في المدارس والاتجاهات النفسية:

إهتم علماء النفس بدراسة سيكولوجيا الشخصية وتحديد سمات الشخصية وتحليل عواملها سعياً لتصنيف الناس والتعرف على السمات والعوامل التي تحدد السلوك والتي يمكن قياسها والتنبؤ بسلوك الفرد (راجح، 1968: 394).

1- النظرية التحليلية:

يعتبر مفهوم الأنا من المفاهيم الأساسية التي أبرزتها مدرسة التحليل النفسي، إذ أن فرويد إستعمل فكرة الأنا منذ دراساته الأولى، من خلال إستعراضه لمكونات الجهاز النفسي الثلاث (الهو - الأنا - الأنا الأعلى) وأن التجربة العيادية مع الأعصاب، هي التي قادت فرويد إلى التطوير الجذري لمفهوم الأنا التقليدي.

وتعد الأنا الفرويدية منطقية وعقلانية، وتهتم بتوافق الشخصية، وأن الأنا له طاقة خاصة به يعمل من خلالها في صراعه مع رغبات الهو الجامحة بهدف تحقيق التوافق والسعادة في الواقع من خلال التحكم في البيئة، وليس من خلال تحقيق رغبات الهوا (أبو شنب، 1995: 52).

ويرى فرويد أن الأنا هو مركز الشعور والإدراك الحسي الخارجي والداخلي والعمليات العقلية، وهو المشرف على الحركة والإرادة، والمتكفل بالدفاع عن الشخصية وتوافقها، وحل الصراع بين مطالب الهو والأنا الأعلى وبين الواقع، ولذلك فهو محرك منفذ للشخصية، ويعمل في ضوء مبدأ الواقع من أجل حفظ الذات وتحقيقها والتوافق الإجتماعي (مرسي، 1997: 114).

2 - نظرية سيكولوجيا الأنا:

يعتقد أصحاب سيكولوجيا الأنا أن الأنا تستمد طاقتها وقوتها من مصادر خاصة بها ولا تعتمد على طاقة الهو كما يعتقد فرويد (الخطيب، 1998: 215).

أكد إريكسون على أهمية الأنا بدلا من الهو، وإعتبرها بنية مستقلة، وإهتم بكيفية تنميتها وتقويتها عند الأطفال، والأنا عنده هي ذلك الجزء من العقل الذي يعطي الخبرات الشعورية وتماسكها وثباتها، وهو بهذا يكون ممن ساهموا في إعادة الشخصية إلى الشعور، والأنا من وجهة نظره، تقوم بأكثر من مجرد الدفاع عن نفسها، فتتعلم أساليب ومهارات تكيف مع أن لها سمات تعمل بطريقة لا شعورية، وللأنا دور إيجابي في المحافظة على الأداء الفعال، وليست مهمتها فقط ذلك الدور السلبي المتمثل في تجنب القلق، وقوة الأنا عند إريكسون تقاس بقدرة الفرد على توحيد المواقف المتباينة (النفيعي، 1996: 69 _ 70).

وإفترض إريكسون ثماني مراحل للنمو موجودة بشكل أولى منذ الميلاد وتنبثق من بعضها البعض، بشكل متتابع ويصاحب كل مرحلة أزمة أو مشكلة نفسية تحدث بسبب زيادة النضج من ناحية، وكنتيجة للمطالب الكبرى للآباء والمجتمع من ناحية أخرى، ويجب أن تحل هذه الأزمة التي حدثت في مرحلة سابقة والتمهيد للمظاهر الجديدة للنمو التي تحدث في المرحلة اللاحقة ومن ثم يحدث نمو إيجابي للأنا تجعلها تتصف بالنقطة والاستقلالية والقوة وغيرها (عودة، 2002: 74).

3 - نظرية التصور الجسمي:

نظرية التصور الجسمي توظف مفاهيم نظرية التحليل النفسي لتفسير الآلية التي يستخدمها كل إنسان لتطوير المفاهيم حول جسمه، ولتطوير جملة من الإتجاهات نحو ذاته كهوية جسمه وتبعاً لهذه النظرية فإن التصور الجسمي يعتبر شرطاً ضرورياً لتشكل الأنا (الحديدي، 2002: 54) وأن مجرد الشعور بالاختلاف عن الأشخاص العاديين يسبب للفرد قلقاً نفسياً إذا لا يمكن الفصل عادة بين نواحي القصور الجسمي والشعور النفسي، ومن المفاهيم الأساسية التي تتبناها هذه النظرية مفهوم التصور الجسمي المشحون بالعواطف الإنفعالية والذي تعود أصوله إلى خبرات الطفولة، وبالتالي فإن الفرد المصاب بمرض جسدي يكون أكثر عرضة لسوء التوافق والتكيف وعرضة للمشكلات النفسية من غيره وذلك بسبب النقص في المعلومات التي تعاني منه الأنا (سعيد، 2007: 31 _ 33).

4- مفهوم قوة الأنا من منظور إسلامي:

النفس في القرآن وردت بمفهوم الذات أو الأنا، " واذ قال موسى لقومه يا قوم إنكم ظلمتم أنفسكم باتخاذكم العجل فتوبوا إلى بارئكم فاقتلوا أنفسكم ذلكم خير لكم عند بارئكم فتاب عليكم أنه هو التواب الرحيم" (البقرة: 54) أي أن النفس الواردة في الذكر الحكيم القصد بها مكونات وسمات الجسد والروح، حيث أن سمات الجسم وخصائصه البنائية تشكل جانباً من الجوانب التي تحدد سلوك الإنسان بل تشكل أيضاً فعالية الإنسان ونشاطه (الطويل، 1982: 51).

والانسان في المنظور الاسلامي كيان متكامل، وينظر للفرد بمشاعره ودوافعه لا للنظر لسلوكه فقط، والانسان يحس بذاته واختيار ما يتوافق معه، واحساس المسلم بتجانس الكون واتساق القوانين المنظمة له لأن مصدرها واحد، والاطمئنان إلى حكم الله الواحد والرضى بقضائه، يؤدي إلى الاحساس بالاستقرار، فالعقيدة الدينية تقوي القدرة على التحكم في الغرائز والدوافع وخاصة الدوافع التي تتعارض مع المجتمع، والاسلام وضع حدود السلوك السليم ويؤكد اختيار الانسان لسلوكه ومصيره ويدفعه لتعديل سلوكه الاجتماعي لمزيد من التكيف وتحقيق المكاسب لذاته سواء في الدنيا أو الآخرة (العثمان، 1981: 64 _ 65).

وعند قدرة الفرد في تعديل سلوكه وتنظيم دوافعه يدل على قوة ارادته، وحسب النظرية الاسلامية ذلك يؤدي إلى الصحة النفسية حيث يعتبرها تفاعل متزن بين العوامل الاجتماعية والنفسية، وأن الدين يؤدي إلى مزيد من القدرة على الوصول إلى المعرفة والادراك الصحيح لكل ما يجري داخل الانسان وخارجه، والقدرة على تصحيح الأخطاء ويساعده في اتخاذ القرار، والتعبير عن الذات (منصور وآخرون، 2006: 59 - 65).

قوة الأنا والتوافق النفسي:

قوة الأنا سمة من سمات الشخصية الناضجة وعنصر هام في عملية التوافق، وأن الفرد الذي لديه قوة أنا عالية لديه مستوى عالٍ من القدرة على التوافق، والتعامل مع ضغوط الحياة (منصور، 2009: 1) والتوافق النفسي يتضمن شقين هما: اتزان الفرد مع نفسه أو تناغمه مع ذاته بمعنى مقدرته على مواجهة وحسم ما ينشأ داخله من صراعات ويتعرض له من احباطات، ومدى تحرره من التوتر والقلق الناجم عنه، ونجاحه في التوفيق بين دوافعه المختلفة، ثم انسجام الفرد مع ظروف بيئته المادية والاجتماعية عموماً بما فيها من أشخاص آخرين وعلاقات وعناصر وموضوعات وأحداث ومشكلات (القريطي، 1998: 62).

وتشير عودة (2002: 84) التوافق لا يتحدد بقيام الأنا بوظائفها فحسب وإنما بمدى قوتها ونجاحها للقيام بوظائفها من جهة، وبما تحققه من شعور بالاتزان النفسي والطمأنينة من جهة أخرى، حيث أن وجود توازن نفسي داخلي والقدرة على مواجهة الصراعات تمثل الوظيفة الرئيسية للأنا، ومن جانب آخر يمثل التحرر من التوتر والقلق واشباع الحاجات الاجتماعية أبعاداً هامة للتوافق النفسي، ومن الدراسات التي بحثت في العلاقة بين المفهومين لدى مرضى السكري، دراسة Willoughby et,al (2000) وأظهرت الدراسة وجود علاقة ارتباطية بين المواجهة والتوافق النفسي، وأنه كلما كانت مهارات المواجهة أفضل كلما زاد مستوى التوافق النفسي، ودراسة K.Humlde et,al (2006) أكدت على علاقة التوافق النفسي وقوة الأنا أو الشخصية حيث بحثت دراسته التغيرات في الشخصية والتوافق النفسي، وأظهرت النتائج أنه لم

توجد أي اختلافات في الحالة العقلية لمرضى السكري ولكن كان زيادة في أعراض العدوانية والقلق في أول الإصابة بالمرض، وبعد (3) سنوات من المرض بدأت الأعراض تقل، بينما دراسة Ritva et,al (2003) درجة مفهوم الفرد عن ذاته كانت أقل من المجموعة الضابطة، ومفهوم الذات لدى مرضى السكري المسيطرين على نسبة السكر (الجلوكوز) في الدم أي لديهم قوة ارادة كان أفضل من المرضى الغير محافظين على نسبة السكر (الجلوكوز) لديهم، وأكد على ذلك دراسة Grey (1999) أن القدرة على اكتساب المهارات التكيفية تساعد مرضى السكري على التكيف وزيادة التحكم في نسبة السكر في الدم، وزيادة الكفاءة الذاتية لديهم، ودراسة أبوزايد (2002) كشفت عن العلاقة بين التوافق النفسي ومفهوم الذات، ونتج عنها وجود فروق في مفهوم الذات بين مرتفعي ومنخفضي التوافق النفسي لصالح مرتفعي التوافق النفسي، ووضحت دراسة فؤاد (1986) ودراسة عبدالله (2000) نفس النتائج.

وأشار الخطيب (2007: 13) في دراسته أن قوة الأنا ومرونتها تشكل الأبعاد العقلية والاجتماعية والنفسية والانفعالية لشخصية الإنسان، وهي تكسبه القدرة على التوافق مع الاحداث المفاجئة، أما إذا كان الفرد غير قادر على التعامل ومواجهة الأحداث التي يتعرض لها، يؤدي إلى سوء التوافق النفسي والاجتماعي وتصبح شخصية الفرد غير مؤهلة للحياة الطبيعية.

المبحث الثالث: مرض السكري:

توطئة:

تقدم الباحثة في المبحث الثالث شرحاً حول مرض السكري وأسبابه وأعراضه، ومضاعفاته وطرق علاجه وعلاقته ببعض المتغيرات.

مرض السكري من الأمراض المزمنة التي تصيب الإنسان وهو داء منتشر في كل زمان ومكان في العالم، وهو ليس مرضاً عرضياً أو مرضاً محدد الأسباب والإتجاهات والعلاج وإنما هو مرض متشعب ويصعب تحديد معالمه، وأشارت إحدى نشرات منظمة الصحة العالمية أن حوالي (120) مليون فرد يعانون من مرض السكري وأن حوالي (12-13 %) من الناس الذين يقطنون المدن يعانون من مرض السكري بينما في الأرياف فإن نسبة الإصابة هي من (2-3 %) وتفيد الدراسات بأن عدد مرضى السكري في العالم سيتضاعف ليصل إلى (220) مليون بحلول عام 2010 (رضوان، 2008: 51).

وتعتبر قارة آسيا الأكثر إصابة بمرض السكري وتشكل نسبة (61%) من مرضى السكري في العالم، ويزيد عدد المرضى عن (66) مليون مريض، أما في الولايات المتحدة

الأمريكية فتشير الدراسات أن عدد مرضى السكري (18) مليون مريض تقريبا وهو ما يشكل نسبة (6.3%) من عدد السكان (Koliopoulos, 2005: 135).
وإنتشار مرض السكري لا يقتصر على جنس دون الآخر أو على عمر محدد، ولكن الإختلاف في درجة الإستجابة والتعايش مع المرض، وليس طبيعة المرض، وبعض الدراسات أثبتت أن مرضى السكري الذكور لديهم القدرة على التعايش مع المرض من الناحية السلوكية والنفسية والإجتماعية والجسدية بدرجة أكبر من الإناث، كدراسة Gravel (2006) ذلك لأن عوائق المرض بالنسبة لهم تمثل حوافز لتحسين التوافق مع المرض (Rubin&Peyrot, 1998: 181).

تعريف مرض السكري :

هو عبارة عن خلل في عملية تحمل الجلوكوز داخل جسم الإنسان ويكون سبب ذلك هو نقص إفراز الأنسولين من البنكرياس، أو إندام إفرازه، أو نقص فعالية الأنسولين، مما يسبب زيادة نسبة السكر في الدم، وبالتالي إضطراب في عملية التمثيل الغذائي للكربوهيدرات والبروتينات والدهون (Nettina، 1996:1303).

نشأة مرض السكري:

عرف مرض السكري منذ نحو ألفي عام وأطلق عليه في القرن الثاني الميلادي كلمة (Diabetes Mellitus)، وهو تعبير لاتيني وتعني كلمة (Diabetes) تمرير الشيء وكلمة (Mellitus) بمعنى العسل، وهذا إشارة على إدرار كميات كبيرة من البول الحلو، إذ أن مرض السكري حالة يزيد فيها معدل السكر في الدم " الجلوكوز " عن حد معين وذلك لقصور في مقدرة الجسم عن الاستفادة من الكربوهيدرات نتيجة لأي سبب (المخللاتي، 1984: 174).
أما بالنسبة لإنتشار مرض السكري تبعا للجنس فأشارت الدراسات أن نسبة الرجال والنساء في التعرض لمرض السكري متساوية تقريبا، وخاصة في الأماكن الحضارية (رضوان، 2002: 57).

يقدر معدل انتشار مرض السكري في فلسطين بحوالي (9%) بناء على الدراسة التي أنجزت في عام (2000) بين وزارة الصحة الفلسطينية وجامعة القدس، ويبلغ معدل الوفاة بسبب هذا المرض حوالي (3.1%) من معدل الوفيات العام (Annual Report, 2005: 64).
وتأتي أهمية هذا المرض من مضاعفاته التي تشكل نحو (25%) من الحالات المؤدية إلى فشل كلوي و(50%) من حالات بتر في الأطراف السفلية كما أن السكري السبب الرئيس

لفقد البصر لما يقرب من خمسة آلاف حالة جديدة كل عام(هاشم وباشا، 1988: 139)
ومرض السكري يتعلق مصيره ومصير المصاب به بتصرفات المريض نفسه(رويحة، 1973:
84).

ومما سبق يتضح مدى خطورة مرض السكري ومدى انتشاره في العالم، وأنه لا يقتصر
على فترة عمرية محددة أو على جنس دون الآخر، مما يجعل العلماء والأطباء في العالم بأسره
يهتمون بهذا المرض والعمل على إجراء الدراسات التي تساعد مرضى السكري للتعايش
والتوافق مع هذا المرض والحد من مضاعفاته الخطيرة.

التفسير العلمي للمرض:

إن مكان الخلل في مرض السكري في غدة البنكرياس، والأنسولين هو واحد من
الإفرازات التي يفرزها البنكرياس، وأول وظيفة للإنسولين هو أنه يساعد على استخدام
الجلوكوز، وعندما تفقد هذه الوظيفة لسبب ما يظهر مرض السكري(كلارك، 1963: 216).
وتؤكد ذلك Nettina (1996: 726) حيث إنها أشارت الى أن الخلل الرئيس في
مرض السكري هو في نسبة الإنسولين الى يفرز من البنكرياس، وتلك النسبة تزداد عند تناول
الإنسان للوجبات الثقيلة وخاصة المحتوية على سكريات، وفي حالات غياب الطعام فإن نسبة
الإنسولين نقل، وفي كلتا الحالتين الهدف المحافظة على النسبة الطبيعية للسكر(الجلوكوز)
في الدم.

إن الخلل الذي يحصل في مرض السكري هو واحد من ثلاثة، إما عدم إفراز الأنسولين
من البنكرياس كلياً، أو نقص إفرازه عن المستوى المطلوب لحاجة الجسم أو أن الأنسولين
المفرز من البنكرياس لاتستخدمه خلايا جسم الإنسان لأي سبب كان(رضوان، 2002 : 57).

غدة البنكرياس وهرمون الانسولين:

غدة البنكرياس هي المسئولة عن إفراز الأنسولين وهي إحدى الغدد المزدوجة العصير،
قنوية ولا قنوية، والتي تحدد نسبة إفرازها للإنسولين حسب وضع الجسم ويتدخل العصب الحائر
في تكيف ما يلزم إفرازه من الإنسولين للجسم(عبد الملك، 1972: 427).
وغدة البنكرياس يبلغ طولها (14 - 18 سم) وتمتد أعلى البطن على شكل منشور فوق
الإثنى عشر من الأمعاء الدقيقة وراء المعدة مباشرة(رويحة، 1973: 10).

هرمون الأنسولين:

الأنسولين هو هرمون بروتيني الأصل تفرزه خلايا بيتا في البنكرياس، ويتأثر إفراز الأنسولين بالزيادة أو النقصان إستجابة لعدة أمور منها، زيادة إفراز هرمونات خاصة مثل الأدرينالين وهرمون النمو وغيرها، فهي تؤدي إلى زيادة إحتياج الإنسان للأنسولين، وكذلك الإضطرابات الإنفعالية، وأيضا السمنة تتطلب زيادة إفراز الأنسولين، أما المجهود العضلي والحمية الغذائية يقللان من إفراز الأنسولين (لماضة، 1998: 29-30).

وظيفة هرمون الأنسولين:

أهمية الأنسولين في عملية الأيض اللازمة للكربوهيدرات حيث يستفيد الإنسان من الكربوهيدرات لتزويد الجسم بالحرارة والطاقة اللازمة للقيام بالجهد المطلوب منه (عبد الملك، 1972: 385).

ويساعد في تحويل الأحماض الدهنية وهي من نواتج الهضم الى شحوم تختزن في الأنسجة الدهنية بالجسم.

ويساعد في تحويل الأحماض الأمينية إلى بروتينات وهي المواد التي تعتبر دعامة أساسية في بناء الأنسجة والخلايا وفي نموها يزداد حجم العضلات (البكري، 1994: 20). ولا يستطيع السكر (الجلوكوز) في الحالة الطبيعية الدخول الى الخلايا إلا بوجود هرمون الأنسولين فإذا نقص هرمون الأنسولين يتراكم السكر (الجلوكوز) في الدم (الحمصي، 1985: 152).

مما سبق يتضح مدى أهمية البنكرياس وهرمون الأنسولين المفرز منه والذي يلعب دورا أساسيا في تنظيم نسبة الجلوكوز في الدم وأن أي خلل يحصل في تلك العملية سيلعب دورا هاما في إحداث مرض السكري أو في زيادة أعراض أو مضاعفات المرض مستقبلاً.

أنواع مرض السكري:

يشير هاشم وباشا (1988: 145 - 148) الى نوعين من مرض السكري من حيث إعتماده على الأنسولين وهما:

النوع الأول: ويسمى المعتمد على الأنسولين:

حيث إنه لا يوجد أنسولين يفرز من خلال البنكرياس، سببه عادة هو تدمير خلايا بيتا الموجودة في البنكرياس والتي تصنع وتفرز الأنسولين، وسكري النوع الأول معظم مرضاه من الأطفال

والشباب صغار السن، عادة يبدأ هذا النوع بين (11-13 سنة) ويظهر بشكل طارئ بأعراض شديدة كالغثيان والقيء، والجفاف الحاد ومنهم من يصاب في البداية بزيادة الحموضة في الدم. النوع الثاني: غير المعتمد على الأنسولين:

وهو يشكل حوالي (90%) ممن يعانون من مرض السكري تقريبا، فهو النوع الأكثر شيوعا و يبدأ عادة بعد سن الأربعين، يسمى السكري الكبار، ويمكن اكتشافه بالصدفة من فحص روتيني عابر أو من شكوى المريض من أعراض معينة، حيث ينتج عن نقص نسبي في تركيز هرمون الأنسولين في الدم.

وأضاف بعض الباحثين نوعين آخرين لمرض السكري وهما:

سكري الحمل: والذي يحدث في بعض حالات الحمل نتيجة للمتطلبات الضرورية في مرحلة الحمل والبعض يسمون هذا النوع بأنه " عدم تحمل للكربوهيدرات في الدم "، ويشير القيشاوى (1999: 6) أن نسبة حدوث مرض السكري النوع الأول أثناء الحمل ما بين (2-5) حالة لكل ألف حالة حمل، بينما حدوث النوع الثاني أثناء الحمل ما بين (0.5 - 1.25) حالة لكل ألف حالة حمل.

مرض السكري المصاحب للأعراض الأخرى:

يظهر هذا النوع نتيجة تعاطي أدوية، أو اضطراب هرموني أو أمراض أخرى (Branner&Suddarth, 1982: 640). كل أنواع مرض السكري تكون في النهاية إما معتمد على الأنسولين، أو غير معتمد على الأنسولين وهو لا يعتمد بالضرورة على العلاج بالأنسولين وإنما بعقاقير أخرى عن طريق الفم.

أسباب مرض السكري:

رغم الدراسات والأبحاث المتعددة لمرض السكري لم تحدد أسباب بعينها لهذا المرض وإنما عوامل متعددة تكون السبب في حدوث المرض وتأثيراته المختلفة، وستقوم الباحثة بذكرها استناداً لما ذكره كل من Nettina (1996: 750) و Lewis (2004: 1270) والتي صنفت حسب نوع مرض السكري.

أولاً: أسباب مرض السكري المعتمد على الأنسولين:

من العوامل التي تسبب هذا النوع من مرض السكري، إصابات فيروسية، عوامل بيئية (غير محددة ولكنها لازالت تحت الدراسة) استخدام الأدوية والهرمونات التي تؤثر على الأنسولين وإفرازه و خلل في مناعة جسم الإنسان.

ثانياً: أسباب مرض السكري غير المعتمد على الإنسولين:

وهذا النوع تسببه عدة عوامل منها، التقدم في العمر حيث تزداد إحصائية الإصابة بهذا المرض بعد سن الأربعين عاماً، البدانة وزيادة نسبة الدهون في الجسم، العامل الوراثي حيث أثبتت الدراسات أن الإستعداد الوراثي للمرض يورث وليس المرض بذاته. وجدت الدراسات أيضاً أنه من المحتمل أن التركيبات الوراثية تجعل بنكرياس المريض أكثر إستعداداً للتأثر ببعض الفيروسات التي تصيب الغدة النكافية، وفيروس الحصبة (رضوان، 2008: 55).

ويشير (الزطمة، 1985: 12) الى أنه من العوامل المساعدة على ظهور المرض أيضاً الضغوط النفسية لأنها تزيد من إفراز هرمون الكورتيكوستيرويد في جسم الإنسان والذي بدوره يعمل على زيادة نسبة السكر في الدم، وأيضاً التهابات البنكرياس الحادة والتغذية غير الصحيحة. يتضح من العوامل السابقة أنه لا يوجد سبب حقيقي بذاته أو عامل محدد يؤدي إلى ظهور مرض السكري، وإنما تتعدد تلك العوامل بدرجات مختلفة، لتساعد على ظهور المرض فيما بعد، وإن كان هناك بعض العوامل تؤثر بشكل أكبر من عوامل أخرى.

تشخيص مرض السكري:

توجد عدة طرق لتشخيص مرض السكري ولكن معظمها تعتمد على إجراءات وفحوصات مخبرية لقياس نسبة السكر في الدم مع تحديد الأعراض الظاهرية للمرض. إشارة لتوصيات منظمة الصحة العالمية (WHO، 1985) عدة إجراءات مخبرية لتشخيص مرض السكري وهي:

- أن تكون نسبة السكر في الدم أكثر من (200ملجم/100ملل) في الوضع العادي للمريض، لا يكون المريض صائماً.
- أن تكون نسبة السكر في الدم، للمريض الصائم أكثر من (140 ملجم/100 ملل).
- أن تكون نسبة السكر في الدم للمريض بعد ساعتين من تناوله كمية من السكر (200 ملجم/100 ملل) أو أكثر ويسمى هذا الفحص "فحص تحمل السكر المأخوذ عن طريق الفم" (رضوان، 2008: 57).

الأعراض المصاحبة لمرض السكري:

أياً كان نوع مرض السكري، تظهر عدة أعراض تتزامن مع المرض ويعاني منها المريض بنسب متفاوتة حسب حدة المرض لديه. وتشير كلارك (1963: 214) الى بعض هذه الأعراض وهي:

العطش المتزايد، والجوع المستمر، والبول المتكرر، نقص الوزن، الحكة الشديدة، سرعة الشعور بالتعب، آلام في أصابع اليدين والقدمين، تغيير في حدة الإبصار، بطء التئام الجروح، ومن الأعراض الأخرى الإضطرابات النفسية، مثل القلق وإضطراب النوم وصعوبة التوافق والخوف خاصة في بداية إكتشاف المرض، وعند المرضى الذين لا يحافظون على نسبة السكر الطبيعية في الدم، وبالتالي زيادة تطور مرض السكري مرتبط بزيادة الإضطرابات النفسية (Lustman,1988: 149).

علاج مرض السكري:

من المتعارف عليه لا يوجد علاج شاف لمرض السكري، وهدف الإجراءات العلاجية المتبعة إنما هي للتخفيف من وطأة أعراض المرض ومحاولة للتقليل من المضاعفات المحتمل حدوثها فيما بعد، ويشير الزطمة (1985: 7) الى أن أول خطوة في علاج مرض السكري يجب أن تتجه إلى توعية المرضى وتنقيفهم عن مرض السكري وأعراضه ومضاعفاته الحادة والمزمنة.

ومن الإجراءات العلاجية لمرض السكري ما حددته Nettina (1996:743):

- تعريف المريض بالحمية الغذائية وأهميتها في تخفيف حدة ومضاعفات المرض وذلك من ناحية كمية ونوعية الغذاء.
- الرياضة الجسمية المنتظمة والخفيفة وأفضلها رياضة المشي .
- إعطاء العلاجات إما أقراص عن طريق الفم أو بحقن الأنسولين وتعليم المريض خصائص كل علاج وأهميته لمرض السكري.
- الإعتناء بالنظافة الشخصية.
- إرشاد المرضى بضرورة مراجعة الطبيب المختص لمراقبة السكري وفاعلية العلاج.

ويضيف Richard et,al(1995:263) إلى الإرشادات السابقة ما يلي:

- على المريض أن يتعرف على مرضه ويتعرف على ما ينفعه وما يضره.
- الإبتعاد عن القلق قدر الإمكان.
- الإعتتماد على النفس وعدم الإعتتماد على الآخرين في تنظيم مستوى السكر(الجلوكوز) في الدم.
- التعامل بواقعية مع المرض ومع الناس.

علامات السيطرة على مرض السكري:

- أن يشعر المريض بأنه في صحة جيدة.
- أن يستطيع المريض المحافظة على وزن عادي مع استعمال غذاء صحي ومتوازن.
- أن تكون الفحوصات المخبرية لسكر الدم في حدود الطبيعي.
- خلو بول المريض من السكر (كلارك، 1963: 212).

مضاعفات مرض السكري:

تحدث مضاعفات مرض السكري لدى نسبة كبيرة من المرضى ولكن بدرجات متفاوتة وتلعب في حدوثها عدة أمور منها تاريخ المرض أو عدد سنوات الإصابة به، وعدم الإلتزام بالوصفات العلاجية والزيادة في تناول النشويات (الزطمة، 1985: 8).

ولقد حدد الجدية ويونس (10:1993) تلك المضاعفات حسب توصيات منظمة الصحة العالمية وتشمل:

- مضاعفات حادة تنتج عن تدهور مفاجئ لمريض السكري مثل غيبوبة السكر وارتفاع السكر الحاد.
- مضاعفات مزمنة: تكون بعد فترة من حدوث المرض وهي:
 1. التغيرات على الأوعية الدموية.
 2. التغيرات على الجهاز العصبي.
 3. التغيرات على عمل الكليتين.

ويضيف الزطمة (22:1985) إلى هذه المضاعفات أيضاً تثبيط المناعة وترسيب الخلايا الدهنية حول جفون العين.

ويشير **Marion** (1999: 32) إلى أن مرضى السكري الذين لا يحافظون على إعتدال مستوى السكر (الجلوكوز) في الدم لديهم، هم أشد عرضة لحدوث أمراض القلب وأمراض الأعصاب والفشل الكلوي وارتفاع ضغط الدم، وأمراض العيون.

ويضيف الحمصي (1985: 153) للمضاعفات السابقة حدوث اضطرابات عصبية مثل الضعف العضلي والهزال العام، والحكة وكثرة الإصابة بأمراض الجلد الفطرية واضطراب الوظائف الجنسية خاصة لدى الرجال ما يعادل نسبة (50%) من المرضى وسبب ذلك تصلب الشرايين الحوضية وتؤكد على ذلك دراسة Siu (2001) حيث أظهرت نسبة (63.6%) من مرضى السكري الرجال يعانون من أعراض القصور الجنسي، كما أشارت دراسة Rubin&Peyrot (1998) أن مضاعفات مرض السكري تختلف لدى الرجال عن النساء وأن

الرجال لديهم القدرة على التعايش مع المرض أكثر من النساء، والمضاعفات لديهم أقل حدة من النساء، وأنها تحدث في مراحل متقدمة من تاريخ المرض. وهنا لابد من الإشارة على أنه كلما زادت مضاعفات المرض حدة زاد تأثيرها السلبي على صحة المريض، وقلل ذلك من مستوى توافقه مع مرضه مستقبلاً والعكس صحيح (رضوان، 2008: 63).

التغذية ومرض السكري:

يلعب الغذاء دوراً هاماً في المرض فإن نسبة السكر (الجلوكوز) في الدم بعد تناول الأطعمة تتعرض دائماً الى التغير المستمر، وفي بعض الحالات يقتضي معرفة درجات هذا التغير في أوقات النهار خاصة عند ظهور أعراض حادة (رويحة، 1973: 40). وممن أكدوا على أهمية العلاقة بين الغذاء ونوعيته بمرض السكري البكري (183:1994) حيث أشار أن هناك علاقة مؤقتة بين الغذاء ومرض السكري، فإذا كان الغذاء يعتبر سبباً من أسباب الإصابة بهذا المرض، لذا إهتم كثير من علماء التغذية بتوجيه إرشادات بشأن الأغذية لمرضى السكري، وأكدت الدراسات الإحصائية التي أجريت في بريطانيا أثناء الحرب العالمية الثانية أن نسبة معدل الوفيات بسبب مرض السكري إنخفض بمعدل (50%) تقريباً وذلك بسبب فرض القيود على إستهلاك المواد الغذائية (رضوان، 2002: 61) ودراسة Frank et,al (2001) وهي دراسة تتبعية استمرت (16) سنة هدفت لمعرفة ارتباط حدوث مرض السكري بالنظام الغذائي، ونتج عن الدراسة أن (3300) حالة مرضية أصيبت بالسكري النوع الثاني، وأن زيادة الوزن وسوء التغذية وقلة الرياضة كانت من المؤشرات الأكثر أهمية في حدوث المرض، وبذلك يتضح مدى أهمية العلاقة بين التغذية ومرض السكري و ترى الباحثة أنها علاقة تأثير وتأثر، حيث أن التغذية من الممكن أن تؤثر على طبيعة مرض السكري، وكذلك مرض السكري يؤثر في نوعية التغذية وكميتها المطلوبة لمريض السكري.

البدانة ومرض السكري:

تشير إحدى نشرات منظمة الصحة العالمية الى أن حوالي (250) مليون شخص يعانون من البدانة، وهي زيادة وزن الشخص عن (30%) عن الوزن الطبيعي (الحمصي، 1985: 155).

وتشير الإحصائيات إلى أن ما نسبته (52 %) من مرضى السكري في فلسطين هم من البدناء وتصل تلك النسبة في محافظات غزة إلى (58%) من مرضى السكري (Annual report M.O.H،2001:97).

ويشير الجدبة ويونس (1990: 15) أن البدانة تشكل عاملاً هاماً في الإصابة بكثير من الأمراض التي تصيب الإنسان، وهي من العوامل المساعدة على الإصابة بمرض السكري خاصة بعد سن الأربعين، ومن أهم شروط علاج مرض السكري التخلص من السمنة الزائدة. وترجع العلاقة بين السمنة ومرض السكري إلى أن الإفراط في تناول السكريات والنشويات يؤدي إلى زيادة مقدار السكر (الجلوكوز) الذاهب إلى الخلايا المنتجة للأنسولين، وحيث أن السكر (الجلوكوز) يعتبر منشطاً قوياً لإفراز الأنسولين فإنه يترتب على زيادة السكر (الجلوكوز) زيادة مقابلة في إفراز الأنسولين مما يساعد في الإسراع بظهور المرض (البكري، 1994: 160-161).

الوراثة ومرض السكري:

الوراثة تلعب دوراً هاماً في كثير من الأمراض التي تصيب الإنسان وإن اختلف العلماء في تقدير النسب المحددة لعامل الوراثة في كل مرض، أما بالنسبة لعامل الوراثة في مرض السكري فيؤكد المختلطي (1984: 175) أن هناك ميلاً وراثياً للإصابة بالمرض، على الرغم من عدم تمكن أحد من تحديد كيفية توارث هذا المرض، ويبدو أن الوراثة لها دور مهم في الإصابة بالمرض عند الأطفال أكثر منها عند الكبار، فإذا كانت أسرة الطفل مصابة بالمرض فإن احتمال إصابته به أعلى بعشرين مرة من طفل آخر لأسرة غير مصابة بالمرض.

ويشير الزطمة (1985: 11) إلى أنه إذا كان الأبوين مصابين بمرض السكري فإن (50 %) من أولادهم مصابين بالمرض والباقيون معرضون للإصابة تحت الظروف الملائمة، وتشير كلارك (1963: 214) إلى أن الإستعداد لمرض السكري يورث وليس المرض كما هو.

إذاً يمكن القول أن مرض السكري لا يتوارث بالكلية وإنما الإستعدادية للمرض تكون موجودة لدى الأفراد الذين ينتمون إلى عائلات مريضة بالسكري.

الصحة الجسمية والصحة النفسية:

كل شخص منا قد عانى من الألم خلال حياته، سواء آلام في الظهر أو صداع أو مغص أو أي ألم آخر، وقد إهتم الناس منذ القدم بالجانب العضوي للصحة لأنه يمكن إكتشاف الأمراض الجسمية ومعرفة أسبابها وعلاجها والتعامل معها بدقة على العكس من الجانب النفسي للصحة،

حيث لا يخضع لمثل هذه الدقة في الإكتشاف ومعرفة الأسباب بسهولة، وبسبب ذلك حقق الطب تقدماً كبيراً في فهم أسباب الأمراض الجسمية، إلا أن الصحة النفسية لم تلق مثل هذا الإهتمام حتى وقت متأخر، حين تطورت ميادين علم النفس وإتبع المنهج العلمي والإحصائي، والمقاييس النفسية لدراسة السلوك بأشكاله المختلفة وخاصة الإضطرابات النفسية وعلاجها (المالح، 1999: 15) وتُعرف الصحة الجسمية في الاتجاه الطبي بأنها التوافق التام بين الوظائف الجسمية المختلفة مع القدرة على مواجهة الصعوبات والتغيرات المحيطة بالإنسان، والإحساس الإيجابي بالنشاط والقوة والحيوية، وهناك علاقة بين الصحة الجسمية والصحة النفسية، فتعريف الصحة النفسية هو تعريف الصحة الجسمية نفسه، مع إبدال كلمة (جسمية) بكلمة (نفسية) فالصحة النفسية هي التوافق التام بين الوظائف النفسية المختلفة، مع القدرة على مواجهة الأزمات والصعوبات العادية المحيطة بالإنسان، والإحساس الإيجابي بالنشاط والسعادة والرضا (Katon, 1992: 86) والصحة النفسية ظواهر معنوية يستدل عليها من السلوك، ذاتية تختلف من شخص لآخر فكل شخص يضطرب لأسبابه ويعبر عن ذلك بطريقته، تتأثر بالثقافة، وبما أن الجسم والنفس وحدة واحدة فمن الطبيعي أن يتأثر كل منهما بالآخر والعلاقة بينهم تفاعلية، ومن هنا ظهرت مصطلحات وتصنيفات الأمراض النفسجسمية أو السيكوسوماتية.

الأمراض السيكوسوماتية (النفسجسمية):

تعد الإضطرابات النفسجسمية أكثر إنتشاراً في الربع الثاني من القرن العشرين وهي أمراض تصيب بعض أجهزة الجسم المختلفة أو وظائفها، ولا تستجيب لأشكال العلاج الطبي المعروفة وتعجز الأدوية عن تخفيف حدتها، وهي تنشأ من أسباب وعوامل نفسية وإجتماعية، و نتيجة خبرات الحياة من قلق وتوتر ومخاوف ولا يتم التعبير عنها مباشرة، وحين يتم كبت المشاعر المصاحبة للقلق و تصبح لا شعورية ويترتب عليها ضغوط إنفعالية قد لا يقوى على تحملها الفرد (Verhofes, 1995: 1128) مما يؤثر سلباً على وظائف الجهاز العصبي الذي يشرف على وظائف أعضاء الجسم، في الوضع الطبيعي يتلقى الجهاز العصبي هذه الضغوط على شكل أحاسيس ومشاعر تتحول إلى أفكار تهدف إلى تخفيف هذه الضغوط وإخراج هذه الإنفعالات في صورة حركية أولفظية، مما يساعد على تحقيق التوافق والتوازن العضوي والنفسي، أما في حالات الإنفعال الشديد والمتكرر كما في حالات القهر والإحباط وكم هذه المشاعر بحيث لا يستطيع الفرد التعبير عن إنفعالاته وأفكاره ويفقد توازنه النفسي والفكري مما يؤثر على الوظائف العضوية (Katon, 1992: 90) فقد ثبت علمياً أن الإنفعالات الشديدة تؤدي إلى اضطرابات وظيفية عضوية مثل ارتفاع ضغط الدم، قرحة المعدة، الربو، الصداع النصفي، السكري برغم أن السكري مرض عضوي سببه خلل في غدة البنكرياس إلا أن الانفعالات تساهم

في ظهور مرض السكري خاصة عند الذين لديهم الإستعداد الوراثي، والأمراض الجلدية والعقم وغيرها (الحويج، 2008: 2) وخير مثل على ذلك ما يحدث في مجتمعنا الفلسطيني من حصار مستمر وقصف وحرب ظالمة وإحتلال على مدى سنوات طويلة، مما ولد مشاعر القهر والاحباط والإضطهاد فمجتمعنا الفلسطيني معرض للضغوط بشكل مستمر لمدة طويلة من الزمن بحيث أصبح الناس يعانون من أمراض متعددة نفسية وجسمية.

ويشير المالح (1999: 3) أن معدل الإصابة بمختلف الأمراض النفسية والجسمية له إرتباط بعدد من العوامل مثل العوامل الفسيولوجية، العمر، الجنس، الوراثة، البيئة الطبيعية التي يعيش فيها الفرد (ريف، مدينة، ساحل) والبيئة الإجتماعية التي ينتمي اليه (طبقة، مهنة، دين، ثقافة) والتكوين النفسي والتربوي والشخصي الذي يتميز به الفرد، ويجب على الطبيب أو المعالج النفسي الإلمام بمعلومات عامة كالعوامل السابقة ومعلومات خاصة لفهم الحالة المرضية ووضع التشخيص الصحيح، ويؤكد الحويج (2008: 4) أن الانسان وحدة بيولوجية نفسية متماسكة متكاملة تستجيب لبيئتها الخارجية والداخلية بوسائل متنوعة، فحين يفكر شخص بموضوع معين يصاحب التفكير تغيرات جسمية كتوتر العضلات، إفراز العرق، حركات أو أوضاع جسمية كالجلوس أو المشي، فكل مجالات الإنسان لا يمكن فهمها بمعزل عن بعضها لأن أي وظيفة نفسية تعتمد على وظائف الأعضاء الجسمية، وكلها تتكامل لتعطي الأداء السليم للوظيفة، ويرجع بعض علماء النمو السبب في ظهور هذه الأمراض الى ضعف في أحد أجهزة الجسم في مراحل التكوين والتطور كالأعضاء، أو المثانة، مما يساعد على ظهور الأضرار في ذلك العضو، وإذا صاحبه ضعف في النضج العاطفي والكبت الشديد والخوف من المسؤولية عوامل من شأنها أن تفقد صاحبها الى المرض النفس – جسمي (مطر، 2009: 157).

وأوضح الدليل التشخيصي والاحصائي الأمريكي للاضطرابات العقلية (1987: 98) أن مرض السكري أحد الإضطرابات الجسمية والتي تسهم العوامل السيكولوجية بدور هام في بداية الإصابة به أو في تقاوم الحالة المرضية للفرد، وتتناول الباحثة بعض العوامل السيكولوجية التي لها دور في ظهور مرض السكري.

العوامل النفسية المرتبطة بمرض السكري:

وتوجد عوامل أو إضطرابات نفسية ذات علاقة بمرض السكري، مثل الأكتئاب، القلق والضغوط النفسية، والتوافق النفسي وقوة الأنا، كما أن ما يصيب الإنسان من أمراض حادة أو مزمنة أو إعاقات، لايؤثر في الناحية الجسدية فقط وإنما في نواحي مختلفة منها النفسية، العقلية المعرفية، والإنفعالية والإجتماعية (إبراهيم، 2004: 72).

وهناك دراسات تشير الى أن واحدا من كل أربعة مرضى بالسكري يعاني من، اضطرابات نفسية وأعراضها بشكل متكرر، وخاصة عند الذين يعانون من عدم التحكم في مستوى السكر في الدم لديهم (Harris&Lustman, 1998: 5).

ويشير الهادي(1995: 53) أن المرضى الذين يتأثرون نفسياً من طول مرضهم يوجد لدي الكثير منهم الإحساس المفرط ويثورون لأقل مثير.

مرض السكري والاكتئاب:

يعتبر الإكتئاب من الإضطرابات النفسية الشائعة بين الأشخاص ذوي الأمراض الجسمية المزمنة بصفة عامة ومرضى السكري بصفة خاصة، والإكتئاب كإضطراب نفسي أحياناً يعيق التشخيص الطبي لهؤلاء المرضى حيث أن علاج الأمراض النفسية والجسمية بإستخدام الأدوية، ممكن أن يتداخل (الطيب، 1994: 422) والإكتئاب كمرض نفسي يحدث نتيجة بعض الأحداث المؤلمة والقلق، و تقل قدرة الفرد على مجاراة الحياة اليومية وصعوبة التركيز وسرعة الإنهاك، وتزيد هذه الأعراض عند مرضى الأمراض المزمنة، وقد أوضح Roth (1983: 176) أن الإكتئاب المرتبط بمرض عضوي كالسكري تتداخل فيه الأعراض الفسيولوجية والسيكولوجية.

وقد حاول الباحثون أن يحددوا إذا كان مرض السكري يؤدي الى الإكتئاب أم العكس، فقد أشار Jacobson (1993: 1621) أن وجود الإكتئاب لدى مرضى السكري يجعل مضاعفات المرض أكثر، ويجعل التحكم في الجلوكوز ضعيف، ومن الممكن أن يؤدي عدم التحكم في الجلوكوز الى تطور الإكتئاب فالعلاقة تعتبر ثنائية الاتجاه أي أن الاكتئاب يؤثر على التحكم في السكر والعكس، وأيضاً وضح Jacobson (1993: 1623) أن الإنتشار المتزايد للاكتئاب عند مرضى السكري لا يكون بسبب الإصابة بالمرض فقط ولكن للتأثير العام والضغط المتزايد بسبب وجود مرض مزمن مدى الحياة، وعند عقد مقارنة في دراسته بين عينة من مرضى السكري وعينة من ذوي الأمراض المزمنة الأخرى كالقلب والرئة وجد أن معدل إنتشار الإكتئاب بين مرضى السكري متقارب مع معدل المرضى الآخرين، وتؤكد دراسة Pouwer&Snok (2001) في نتائجها، أن العلاقة الارتباطية بين الاكتئاب والسكري حيث وجدت علامات الاكتئاب في كل ثلاث حالات من أربعة، وأن هذه العلاقة أقوى لدى النساء، وكذلك دراسة Liloyd (2000) وضحت انتشار أعراض الاكتئاب والقلق لدى مرضى السكري، وأن أعراض الاكتئاب كانت عند الذكور مرتفعة أكثر من الإناث.

وقام Leedom و procci (1991: 280) في مقارنة ثلاث مجموعات احداها تعاني من مرض السكري مع وجود مضاعفات المرض، ومجموعة أخرى مصابة بالسكري ولا تعاني

من أي مضاعفات ومجموعة ثالثة ضابطة، وباستخدام مقاييس للإكتئاب، توصل إلى أن مرضى السكري الذين يعانون من مضاعفات المرض سجلوا أعلى مقاييس الاكتئاب، وهناك دراسات أخرى وضحت مدى إنتشار الإكتئاب بين مرضى السكري كدراسة Guvad&Lustman (1993: 1167) قاما بتحليل عشرين دراسة لتحديد مدى إنتشار الإكتئاب بين مرضى السكري، أظهرت النتائج أن معدل إنتشاره والذي ظهر من خلال المقابلات التشخيصية ومع مجموعات المرضى كان (27.3%) بمتوسط (0.14) في الدراسات التي إحتوت على مجموعات ضابطة، وفي الدراسات التي لم تحتو على مجموعات ضابطة وصل معدله (19.9) وهذا المعدل هو الأقل من نوعه في الدراسات الخاصة بفئة مرضى السكري، وأيضاً وجدوا أن زيادة معدل الإكتئاب لدى مرضى السكري ذات صلة بالأعراض الجسمية وخطورة الإنتشار ذات تأثير سلبي على كفاءة حياة المرضى وكيفية مواجهتهم للمرض.

وأيضاً أثبتت دراسة Roy (1994) أن الاضطرابات النفسية والمشكلات الإجتماعية، تظهر أكثر بين مرضى السكري المعتمد على الأنسولين تبين ذلك من خلال مقارنة مجموعة من مرضى السكري المعتمد على الأنسولين مع مجموعة أصحاء وتطبيق مقياس بيك، وكانت درجة الإكتئاب عند مرضى السكري أعلى من الأصحاء.

طبيعة مرض السكري كمرض مزمن تجعل انتشار الإكتئاب وإضطرابات نفسية أخرى أكبر، حيث يعاني المريض وبصورة يومية من أعراض متنوعة ومن حقن الأنسولين وأخذ العلاج، واتباع نظام غذائي الأمر الذي يؤثر عليهم على المدى الطويل.

مرض السكري والضغوط النفسية:

الضغوط هي مثيرات تتطلب من الفرد أن يتكيف معها، والضغوط تعيق الفرد بتحقيق أهدافه وإشباع حاجاته، وهي تؤثر على الإنسان بطرق مختلفة وتأثيرها يختلف من فرد لآخر (المحارب، 1993: 338) وقد أجريت دراسات عديدة حول علاقة الضغوط بمرض السكري، حيث نظر اليها البعض أنها سبب المرض، فقد وضح عطية (1993: 24) أن الأقوال بأن السكري يأتي بعد صدمة مفاجئة أو فقد عزيز، غير صحيح وأن ربط السكري بالصددمات لا يكون بصورة مباشرة، حيث أن الدور الأول للإستعداد الوراثي، وأن أثر الصدمات يكون في التعجيل بظهور المرض قبل أوانه، وبمتابعة هؤلاء المرضى وجد أن السكري قد يغيب تلقائياً بعد زوال الضغوط الفجائية خاصة عند المرضى الذين يستطيعون الحفاظ على لياقتهم الجسمية، وأشار Micheal (1998: 151) أن الضغوط اليومية أو مشاكل العمل أو الضغوط الأسرية،

أو الوضع الإقتصادي السيئ التي يتعرض لها مريض السكري تؤثر بشكل سلبي حاد على مستوى السكر في الدم، وكلما زادت هذه الضغوط كلما زاد مستوى السكر في الدم.

ويضيف Richard (1995: 257) إلى تلك الضغوط أموراً أخرى تتولد لدى المريض نتيجة عدم تفهم الآخرين لطبيعة مرضه وخبرته مع المرض، وأيضاً خوف المريض من المضاعفات المستقبلية للمرض وهذه الأمور تشكل زيادة في الضغوط التي يتعرض لها مريض السكري وتؤثر عليه سلباً.

والإنفعالات النفسية تؤدي إلى إفراز الأدرينالين والنورأدرينالين من الغدة الكظرية وهذا يرفع مستوى السكر في الدم (الفرماوي، 1996: 29) وتأثيرات الإنفعالات النفسية تختلف تبعاً لإختلاف الضغوط التي يتعرض لها مريض السكري ومدى حدتها وتأثيرها على مستوى السكر في الدم مؤدية إلى ظهور أعراض جسدية مختلفة منها سرعة ضربات القلب، وسرعة التنفس وزيادة إفراز العرق والعصبية لأتفه الأسباب وغيرها من المشاكل الصحية المترتبة على مرض السكري (Gifford&Carcier , 2006: 31).

وتشير الدراسات إلى أن مرضى السكري يجب أن يبتعدوا عن الإنفعالات والضغوطات النفسية لتأثيرها السلبي على صحتهم، وكذلك يجب على مريض السكري أن يتعايش مع وضعه الصحي والعائلي والإجتماعي، بالطريقة الملائمة والمناسبة لطبيعة مرضه (Andreson, 2000: 8).

مرض السكري والتوافق النفسي:

يعتبر مرض السكري من الأمراض المزمنة، ويمثل حالة طويلة الأمد ويحمل دلالات مهددة للحياة وعلى عملية التوافق لدى المريض طوال حياته، وتتحدد كل مرحلة من مراحل التعايش مع مرض السكري من خلال ظروف الفرد التي يعيشها، ومن خلال مشاعره ومفهومه للخبرات السابقة، وردود فعله عند إكتشاف المرض والتي من أهمها الإنكار والرفض والتمرد على العلاج والخوف الشديد من مضاعفات المرض والقلق، وبينت دراسة حسين (1987: 63) أن العامل النفسي له دور في الإسراع بالإصابة بالمرض لدى الأطفال الذين لديهم استعداد وراثي للإصابة، و في تحديد شدة المرض عند أول ظهوره حيث وجد غيابوبة السكري أحياناً تكون هي أول ظهور للمرض، وقدرة المريض على التوافق والإستجابة للعلاج عند بدء تشخيص المرض، فسوء التوافق نتيجة العوامل النفسية المختلفة، يقلل من الإستجابة للعلاج والتحكم في خطورة المرض ومضاعفاته، وفي دراسة Macrea (1986) حيث توصلت إلى أن المرضى الذين يتوافقون مع المرض ومضاعفاته تساعدهم عوامل مثل، الدخل المناسب، المساندة الإجتماعية الفعالة وقدرتهم على مقاومة الضغوط.

وبالرغم من طبيعة مرض السكري وتغيراته إلا أن ردود أفعال المرضى وإستجاباتهم للمرض تختلف من شخص لآخر، وتنبأين درجة التوافق لدى مرضى السكري من بداية تشخيص المرض والدخول بالمرض وأعراضه ومضاعفاته، وذلك يرجع لعدة عوامل تؤثر في مستوى توافق المريض، ومن تلك العوامل التوافق الشخصي للمريض وقدرته الذاتية في التعامل مع المرض، وطبيعة المرض، وعوامل أخرى مثل المساندة الإجتماعية والمعايير الإجتماعية والمعتقدات السائدة عن مرض السكري (رضوان، 2008: 65).

وأظهرت دراسة رضوان (2008) وجود علاقة ارتباطية بين الضغوط النفسية والتوافق النفسي لدى مرضى السكري، كما بينت دراسة Robinson et,al (1983) التي حاولت التعرف على المشكلات التي تواجه الأمهات في التعامل مع أبنائهم المصابين بالسكري، وأوضحت الدراسة وجود مشكلات عديدة تواجه الأمهات وأبنائهم، مثل الغذاء اليومي، وإختبارات البول، وحقن الأنسولين، والتحكم في السكر، ونسب الهيموجلوبين، وانتظام الأنشطة اليومية، والمساندة والتشجيع الإجتماعي، وأن أكثر الأبعاد إثارة للمشكلات كان إهتمامات المستقبل والتحكم في السكر تلاها مباشرة حقن الأنسولين، والغذاء اليومي، وإختبارات البول وكان هناك بعدين مرتبطين بالعمر وهما نقص السكر (الجلوكوز) وإمكانية الحصول على مساعدة وهذا يوضح أنه كلما كان المريض أصغر سناً كلما إزداد إهتمام الأم في التعامل مع هذين البعدين أيضاً كان هناك إرتباط سالب بين حقن الأنسولين، وفترة تأثير المرض. ودراسة Janet et,al (1983) التي بحثت تأثير المرض عند المراهقين على العلاقات الاجتماعية والأسرة ومدى التوافق والاختلاف بين المريض والعائلة في موضوعات مختلفة، وأوضحت النتائج أنه لم يوجد اتفاق بين وجهات نظر الآباء والأبناء على مختلف الاستجابات، وتأثرت وجهات نظر الأبناء بالجنس والسن الذي أصيبوا فيه بالمرض، ولوحظ وجود تأثير ضعيف للمرض على الأداء الدراسي والتركيز، والمراهقين الذكور المصابين شعروا بأقصى تأثير لهذا المرض على الحياة الاجتماعية وعلى الرغم من أن آباء هذه المجموعة التجريبية قللوا هذه المشاعر بصفة عامة إلا أنهم في الواقع كانوا مدركين للتأثير الكبير للمرض على حياة أبنائهم، ودراسة Jacobson et,al (1986) بحثت تأثير الإصابة بالمرض على توافق الأبناء وأسره وتاثير الجوانب النفس اجتماعية مثل احداث الحياه، والمساندة الاجتماعية والتفاعل الاسري على السلوك، وأوضحت النتائج عند مقارنة المجموعة التجريبية والضابطة أنه لم توجد فروق بين المجموعتين في درجة تقدير الذات، وجهه الضبط والأعراض السلوكية، وباستخدام تحليل التباين الثنائي لرؤية تأثير الجنس والطبقة الاجتماعية والعمر على هذه المتغيرات لم توجد فروق بين المجموعتين فيها.

من خلال العرض السابق ترى الباحثة مدى تأثير مرض السكري على التوافق النفسي للمرضى وصعوبته كذلك، فطبيعة مرض السكري تحتاج من المريض اليقظة والحذر والمحافظة الدائمة على نسبة السكر الطبيعية، والالتزام بالأدوية والغذاء اللازمة خوفاً من مضاعفات المرض الخطيرة على صحة الفرد، هذا يتطلب مجهوداً كبيراً من المريض مما يؤدي لشعوره بالاحباط وعدم القدرة على الاستمرارية في المحافظة على صحته وتوافقه النفسي خاصة، وبناءً على أن التوافق عملية مستمرة بين الفرد وبيئته يحتاج مريض السكري للمساعدة المستمرة لكي يواجه الصعوبات والتغيرات خلال فترة المرض من الآخرين خاصة الأسرة والمجتمع والمؤسسات الطبية والنفسية الاجتماعية لكي يحافظ على حالة توازن نسبي تساعده في الاستمرار.

مرض السكري وقوة الأنا:

طبيعة مرض السكري واحدة للجميع الأفراد، ولكن الاختلاف في ردود الأفعال للمرضى وكيفية استجاباتهم للمرض وكيفية التوافق مع المرض، منذ بدايته والدخول في الأعراض وكيفية مواجهة المرض والوقاية من مضاعفات مرض السكري، وكل هذا يتحدد بعدة عوامل متعدد تختلف من مريض لآخر مثل مدة الإصابة بالمرض، والمساندة الأسرية والاجتماعية للمريض ودعمه، وعوامل ترجع لذات المريض كتنقله للمرض، وقوة الإرادة لديه والتي تكونت سابقاً في شخصيته في مراحل النمو المختلفة، حيث أن قوة الأنا أو الذات تتكون منذ الطفولة وعبر التعلم والخبرات التي يتعرض لها خلال مراحل العمر المختلفة (عودة، 2002: 74) أيضاً تعلم الفرد مهارات المواجهة والتكيف مع الظروف الصعبة.

وقوة الأنا أو الذات سمة من سمات الشخصية ومن العوامل النفسية التي تؤثر في سلوك الأفراد، والتصوير الجسمي يعتبر شرطاً ضرورياً لتشكل الأنا (الحديدي، 2002: 54) وأن مجرد الشعور بالاختلاف عن الأشخاص العاديين يسبب للفرد قلقاً نفسياً، وأن مفهوم التصوير الجسمي المشحون بالعواطف الإنفعالية والذي تعود أصوله إلى خبرات الطفولة، وبالتالي فإن الفرد المصاب بمرض جسدي يكون أكثر عرضة لسوء التوافق والتكيف وعرضة للمشكلات النفسية من غيره وذلك بسبب النقص في المعلومات التي تعاني منه الأنا (سعيد، 2007: 31 _ 33).

وقد قام عدد من العلماء بإجراء اختبارات نفسية على مرضى السكري في محاولة لتحديد ملامح شخصية مريض السكري، ومنهم دراسة في جامعة كولومبيا، وضعت بعض الملامح النفسية التي يمتاز بها مريض السكري ومنها، الإستسلام لليأس بسرعة، أحاسيس شديدة

بالكآبة، شعور بعدم الاستقرار، مشاعر وهمية من التعاسة والظلم، علاقة غير جيدة مع الآخرين وبخاصة الأهل كثرة النقد والشكوى واثارة الخلافات(الداهري والعبيدي، 1999: 128-129).
ودراسات أخرى بحثت عن مهارات المواجهة عند مرضى السكري كدراسة
Gravels&Wandell (2006) حيث تبين أن مهارات المواجهة كانت ضعيفة عند النساء أكثر
من الرجال، ولوحظ الانعزالية والإنطوائية لديهن أكثر من الرجال وهذا يدل على ضعف قوة
الأنثى لدى النساء، ودراسة Rubin&Peyrot (1998) أشارت أن مضاعفات مرض السكري
تختلف لدى الرجال عن النساء وأن الرجال لديهم القدرة على التعايش مع المرض أكثر من
النساء، والمضاعفات لديهم أقل حدة من النساء.

ويرى بعض المحللون وجود علاقة بين مرض السكري والأمراض العقلية من مبدأ
مفاده أن الطاقة التي تقوم بعملية تشغيل الدماغ هي السكر، وزيادة نسبة السكر في الدم دليل
على عدم الاستخدام الامثل لهذه الطاقة، وبالتالي هي دليل على عدم تامين الطاقة الكافية لعمل
الدماغ مما يؤثر على قدرات المريض العقلية والإدراكية وبذلك تقل قوة إرادته وتضعف قوة
الأنثى لديه بسبب اضطراب الإدراك والتفكير (الداهري والعبيدي، 1999: 128-129).

ومن خلال العرض السابق لمتغيرات الدراسة التوافق النفسي وقوة الأنثى ومرض
السكري، التي تناولتها الباحثة تتبين أهمية الدراسة في أنها تناولت فئة مرضى السكري في
المجتمع الفلسطيني، خاصة في قطاع غزة المحاصر برأً وبحراً وجواً وإجتماعياً وإقتصادياً،
والربط بين تلك المتغيرات ومدى تأثيرها على طبيعة مرض السكري حيث لم توجد أي دراسة
بحثت في المتغيرات الثلاثة مجتمعة وهذا على حد علم الباحثة، وأهمية هذه الدراسة ترجع
لمعرفة مستوى التوافق ودرجة قوة الأنثى لدى مرضى السكري والعلاقة بينهم.

الفصل الثالث

الدراسات السابقة

➤ أولاً: الدراسات العربية

➤ ثانياً: الدراسات الأجنبية

➤ تعقيب على الدراسات السابقة

الفصل الثالث

الدراسات السابقة

بعد اطلاع الباحثة على الدراسات السابقة التي تعني بمتغيرات الدراسة الحالية قامت الباحثة بعرض الدراسات السابقة على أساس أن هناك دراسات تناولت التوافق النفسي، ومتغيرات الدراسة الأخرى كمرض السكري وقوة الأنا وبعض المتغيرات الأخرى.

أولاً : الدراسات العربية:

1- دراسة مجدي (2009):

هدفت الدراسة لمعرفة العلاقة بين المساندة الاجتماعية وجودة الحياة لدى مريض السكري المراهق، بلغت عينة الدراسة (101) من مرضى السكري المراهقين تتراوح أعمارهم ما بين (13-21) عاماً، وعينة اكلينيكية تكونت من (4) حالات، واستخدمت الباحثة مقياس المساندة الاجتماعية ومقياس جودة الحياة لمريض السكري وكلاهما من اعدادها، وأيضاً استخدمت استمارة دراسة الحالة، ومن أهم نتائج الدراسة، وجود علاقة ارتباطية دالة احصائياً بين جميع أنواع المساندة الاجتماعية وبين أبعاد جودة الحياة، لا يوجد تأثير دال احصائياً لعامل الجنس في ادراك المساندة الاجتماعية بشكل عام بينما وجدت فروق لعامل الجنس في ادراك المساندة الاجتماعية من قبل الأصدقاء لصالح الإناث، ولاتوجد فروق دالة احصائياً لعامل الجنس في الشعور بجودة الحياة بشكل عام بينما وجدت فروق دالة احصائياً بين الذكور والإناث في الشعور بجودة الحياة النفسية لصالح الإناث، وكشفت الدراسة عن وجود بعض العوامل المؤثرة في شعور مريض السكري بجودة الحياة.

2- دراسة رضوان (2008):

هدفت الدراسة إلى التحقق من فاعلية برنامج ارشادي تدريبي في خفض الضغوط النفسية لدى مرضى السكري بمحافظة غزة، بلغت عينة الدراسة (24) مريضاً ومريضة، منهم (12) يمثلون العينة الضابطة و(12) يمثلون العينة التجريبية، واستخدم الباحث مقياس الضغوط النفسية، ومقياس التوافق النفسي، استمارة لتقدير المستوى الاجتماعي الاقتصادي للأسرة الفلسطينية، وبرنامج العلاج العقلاني الانفعالي السلوكي وجميعها من اعداد الباحث، ومن نتائج الدراسة، وجود علاقة ارتباطية بين الضغوط النفسية والتوافق النفسي لدى مرضى السكري بمحافظة غزة، وجود فروق بين متوسطات درجات المجموعة التجريبية قبل اجراء البرنامج ومتوسطات درجات نفس المجموعة بعد اجراء البرنامج على مقياس الضغوط النفسية لصالح الاجراء البعدي، وجود فروق بين متوسطات درجات المجموعة التجريبية قبل اجراء

البرنامج ومتوسطات درجات نفس المجموعة بعد اداء البرنامج على مقياس التوافق النفسي لصالح الاجراء البعدي، وجود فروق بين متوسطات درجات المجموعة التجريبية ومتوسطات المجموعة الضابطة في الاجراء البعدي على مقياس الضغوط النفسية ومقياس التوافق النفسي لصالح افراد المجموعة التجريبية.

3- دراسة يونس (2004) :

هدفت الدراسة إلى الكشف عن تأثير المشكلات النفسية والاجتماعية على جودة الحياه في محافظة غزة وتكونت عينة الدراسة من (378) مريضا ومريضة من مرضى السكري بواقع (129) مريضاً و (249) مريضة، واستخدم الباحث مقياس لتحديد المشكلات النفسية والاجتماعية من إعداده واستخدام مقياس جودة الحياة من اعداد منظمة الصحة العالمية، ومن أهم نتائج الدراسة وجود فروق بين الذكور والإناث من مرضى السكري في مستوى جودة الحياه لصالح الذكور، وكذلك وجود فروق بين منخفضي ومرتفعي المشكلات النفسية في مستوى جودة الحياه لصالح منخفضي المشكلات النفسية.

4- دراسة العبيدي (2004) :

هدفت الدراسة إلى بناء مقياس لأساليب التنشئة الاجتماعية، والتعرف على اتجاه وقوة العلاقة بين قوة الأنا والتوافق النفسي الاجتماعي وتأثير أساليب التنشئة الاجتماعية في هذه العلاقة، بلغت عينة الدراسة (320) طالب وطالبة في جامعة بغداد، واستخدم الباحث مقياس بارون لقوة الأنا ومقياس التوافق النفسي الاجتماعي لعلي الديب، وقام ببناء مقياس للتنشئة الاجتماعية، ونتج عن الدراسة وجود علاقة عكسية دالة احصائياً بين قوة الأنا والتوافق النفسي الاجتماعي.

5- دراسة رضوان (2002) :

هدفت الدراسة إلى التعرف على مستوى القلق لدى مرضى السكري بمحافظة غزة، وعلاقة ذلك بمتغيرات السلوك الديني، وتاريخ المرض، والجنس، وتكونت عينة الدراسة من (267) مريضاً ومريضة من مرضى السكري بواقع (111) ذكور، (156) إناث، استخدم الباحث اختبار للقلق وللسلوك الديني من اعداده، ونتج عن الدراسة أن مرضى السكري يعانون من آثار القلق النفسية المترتبة على مضاعفات السكري، وجود فروق دالة احصائياً في القلق لدى مرضى السكري تعزى لمتغير الجنس وذلك لصالح الإناث، وجود فروق في السلوك الديني تعزى لمتغير الجنس لصالح الذكور، توجد فروق دالة في القلق تعزى لمتغير تاريخ المرض

لصالح المجموعة أكثر من (18) سنة وفروق في السلوك الديني لصالح المجموعة أقل من (9) سنوات، وأن هناك علاقة ارتباطية سالبة بين القلق والسلوك الديني لدى مرضى السكري بمحافظة غزة أى أنه كلما زاد مستوى القلق قل مستوى السلوك الديني والعكس هو الصحيح.

الدراسات الأجنبية:

1- دراسة الجدي وآخرون (2006):

هدفت الدراسة إلى معرفة جودة الحياة لدى مرضى السكري في مخيمات اللاجئين بغزة مقارنة بمجموعة أخرى غير مصابين بمرض السكري، تكونت عينة الدراسة من (197) مريض بالسكري من ثلاث مخيمات للاجئين في قطاع غزة، و (197) فرد من نفس المخيمات من غير المرضى مع عمل تجانس في كلا المجموعتين من حيث العمر والجنس، وتم تطبيق مقياس جودة الحياة من اعداد منظمة الصحة العالمية، ومن أهم نتائج الدراسة لوحظ انخفاض مستوى جودة الحياة لدى مرضى السكري بشكل عام مقارنة بالمجموعة الضابطة، ولكن كان ذلك أقوى في الجوانب الجسدية والنفسية، وأيضاً انخفاض مستوى جودة الحياة لدى مريضات السكري من النساء بشكل أكبر من الرجال وكبار السن من المرضى بشكل أكبر من غيرهم.

2- دراسة K.Humlde et,al (2006):

هدفت الدراسة لمعرفة التغيرات في الشخصية والتوافق الإجتماعي في السنوات الثلاثة الأولى من الإصابة بمرض السكري النوع الأول، عينة الدراسة (64) مريض تتراوح أعمارهم من (4-17) سنة، إستخدم الباحث عدة مقاييس منها فحص الحالة العقلية، تقييم الوضع الإجتماعي، ومقياس للذكاء، طبقت المقاييس على المرضى المصابين بالسكري من (5) شهور و (3) سنوات، وأظهرت نتائج الدراسة: لم توجد أي إختلافات في الحالة العقلية لمرضى السكري في بداية الدراسة، زيادة أعراض العدوانية عند مرضى السكري، زيادة قلق المرضى على صحتهم، ولكن بعد (3) سنوات بدأت الأعراض تقل، وأيضاً عدم وجود فروق دالة في التوافق الإجتماعي ونسبة الذكاء.

3- دراسة Gravels&Wandell (2006):

هدفت الدراسة إلى التعرف على مهارات المواجهة عند مرضى السكري من كلا الجنسين المصابين بالنوع الثاني من السكري، ويراجعون مراكز الرعاية الأولية بالسويد، تكونت

عينة الدراسة من (232) مريضاً بالسكري تتراوح أعمارهم من (35 _ 64) سنة منهم (121) ذكور و (111) إناث، وتم اختيارهم عشوائياً وتطبيق مقياس مهارات المواجهة على عينة الدراسة والاستعانة بالتقارير الطبية الخاصة بأفراد المجموعة، ومن نتائج الدراسة، أن مهارات المواجهة كانت ضعيفة لدى النساء أكثر من الرجال ولوحظ انتشار الانعزالية والانطوائية والاستسلام لديهن أكثر من الرجال.

4- دراسة (Tuula & Rtiva) (2004) :

هدفت الدراسة لمعرفة علاقة مفهوم الذات بالتحصيل الدراسي لدى المراهقين المصابين بمرض السكري ومرض روماتويد المفاصل، طبقت الدراسة على مجموعة من مرضى السكري (21) ومجموعة من مرضى روماتويد المفاصل (24) ومجموعة غير مصابين بأي مرض (24) إستخدم الباحثان إستبانة تقدير الذات، ودرجات التحصيل الدراسي لعينة الدراسة، ومن نتائج الدراسة: التحصيل الدراسي لدى المصابين بالسكري وروماتويد المفاصل كان متساوي ومتوسط بالنسبة للغير مصابين بأي مرض، ودرجات تقدير الذات أقل لدى مرضى السكري ومرضى روماتويد المفاصل من المجموعة الغير مصابين بأي مرض.

5- دراسة (Chisholm) (2003) :

هدفت الدراسة إلى التعرف إلى مدى التوافق النفسي لدى طلبة المدارس الصغار المصابين بمرض السكري، تكونت عينة الدراسة (47) أما لطلاب مدارس الصغار ما قبل مرحلة المراهقة مصابين بمرض السكري، استخدم الباحث مقياساً لتحديد سوء التوافق لدى أفراد العينة، وقام باختيار الأفراد الأعلى في سوء التوافق وعقد مقارنة بينهم وبين غيرهم الأقل مع التجانس في كل من المتغيرات الدخيلة والوسيطة وقام بعمل مقابلات مع أمهات الأطفال، ومن نتائج الدراسة أن الأطفال المرضى بالسكري والذين لديهم مشاكل نفسية تعكس سوء التوافق هم أكثر تغيّباً عن المدارس ويجدون صعوبة في التعامل مع طبيعة مرضهم وصعوبة في التعامل مع أقرانهم الذين لا يعانون من سوء التوافق وذلك بدرجة أكبر من الأطفال الآخرين كما أثبتت الدراسة أن سوء التوافق انعكس أيضاً على العلاقات العائلية والاجتماعية لدى أفراد العينة وهذا انعكس سلباً على نظام علاجهم لمرض السكري.

6- دراسة (Ritva Erkolahti et,al) (2003) :

هدفت الدراسة إلى تحديد الاختلافات المحتملة في مفهوم الذات لدى المراهقين المصابين بأمراض مزمنة وصحية، عينة الدراسة مجموعة من المراهقين (23) يعانون من مرض

السكري النوع الأول، ومجموعة (25) مصابين بالتهاب المفاصل الروماتويدي، ومجموعة أخرى (26) بدون أي مرض، والمجموعات متطابقة من حيث الجنس والعمر والطبقة الإجتماعية، إستخدم الباحثون إستبانة تقدير الذات، ونتج عن الدراسة :
درجة مفهوم الفرد عن صورة الجسم، والمهنة، والمستوى التعليمي كانت أقل من المجموعة الضابطة، وأيضاً مفهوم الذات لدى مرضى السكري والمسيطرين على نسبة السكر الطبيعية في الدم ومرضى التهاب المفاصل أفضل من المرضى الغير محافظين على علاجهم.

7- دراسة Hoppichler&Lechleitner (2001):

هدفت الدراسة إلى التحقق من مدى فاعلية برنامج إرشادي للتعامل مع سكري الحمل لدى النساء الحوامل في استراليا وتركيا، تكونت عينة البحث من (39) امرأة من تركيا، و(72) امرأة من استراليا، وتركز البرنامج الإرشادي على اعطاء النساء الحوامل معلومات هامة عن طبيعة مرض السكري وضرورة الحمية الغذائية، وكان من نتائج الدراسة أنه لا يوجد فروق بين النساء التركيات والاستراليات في التحكم الأيضي والتحكم في مستوى السكر، وأن البرنامج أثبت فاعلية في إظهار النتائج الايجابية والمشاركة بين المجموعتين من النساء، وخاصة أن البرنامج أظهر تحسناً في التعامل مع السكري لدى النساء من استراليا وتركيا من أفراد العينة.

8- دراسة Paula et,al (2001):

هدفت الدراسة إلى الكشف عن العلاقة بين التوافق النفسي والاجتماعي والعلاقة الزوجية ومدى تاثير ذلك على مستوى السكر لدى مرضى السكري، تكونت عينة الدراسة لدى الباحثين من (78) مريضاً بالسكري من الكبار المتزوجين من النوع الأول والنوع الثاني والذين يعالجون بالأنسولين، وتم اختيارهم بالطريقة العشوائية، واستخدم الباحثون عدة مقاييس في دراستهم مثل مقياس للتوافق الشخصي والاجتماعي وعلاقته بالأزواج ومقياس لجودة الحياه ومقياس طبي لتحديد مستوى التحكم في السكر لدى المرضى، ومن نتائج الدراسة: وجود ارتباط موجب بين الرضا الزوجي ومستوى التوافق الشخصي والاجتماعي وأيضاً بين الرضا الزوجي وجودة الحياة، فكلما ارتفع مستوى الرضا الزوجي انعكس ايجاباً على مستوى التوافق الشخصي والاجتماعي للمريض وعلى جودة الحياه لديهم، ولكن لم تتضح حسب نتائج الدراسة أن هناك علاقة بين التوافق الزوجي ومستوى التحكم في السكر لدى مرضى السكري أفراد العينة بشكل عام.

9- دراسة Siu et,al (2001):

هدفت الدراسة إلى معرفة انتشار القصور الجنسي لدى مرضى السكري من الرجال في هونج كونج، تكونت عينة الدراسة من (486) رجل مريض بالسكري، قام الباحثون بمقابلات شخصية مع المرضى وتم تعبئة نموذج خاص عن أعراض القصور الجنسي لديهم والمتمثلة بضعف أو انعدام الانتصاب أثناء العملية الجنسية، وتوصلت الدراسة إلى عدة نتائج منها أن نسبة (63.6 %) من أفراد العينة يعانون من أعراض القصور الجنسي وأن انتشار هذه الأعراض و تزداد حدتها بزيادة عدد سنوات المرض.

10- دراسة Telishevka et,al (2001):

هدفت الدراسة إلى محاولة فهم الأسباب الكامنة وراء ارتفاع معدل الوفيات لدى مرضى السكري والذين تقل أعمارهم عند الوفاة عن (50) عاماً وخاصة بعدما وجد الباحثون أن تلك النسبة ارتفعت بعد الثمانيات، وتكونت عينة الدراسة من (64) حالة وفاة كان لديهم مرض السكري وتقل أعمارهم عن (50) عاماً واستخدم الباحثون المقابلة الشخصية مع أقارب وجيران أفراد العينة، وذلك بطرح عدة أسئلة عليهم بخصوص حالة المريض قبل الوفاة، ووجد الباحثون أن الوفاة لدى أفراد العينة تباينت وأن نسبة (69%) من الوفيات كان بسبب الفشل الكلوي، وأن (9%) من الحالات كان بسبب أمراض القلب، ونسبة (9%) كان من السكري ومضاعفاته الأخرى، كما اتضح أن ثلث رجال أفراد العينة كانوا يشربون مشروبات كحولية، وتوصل الباحثون إلى تقديم أسباب محددة لارتفاع نسبة الوفيات لدى مرضى السكري في أوكرانيا والتي تتمثل في قلة وعي المرضى بمرضهم ومضاعفاته وبما ينبغي عليهم أتباعه، وقلة اتباعهم النظام العلاجي، وقلة الرعاية الصحية الكافية المقدمة لهؤلاء المرضى.

11- دراسة Hadden et,al (2001):

هدفت الدراسة إلى تحليل النتائج المترتبة على العناية بالسكري لدى النساء المرضيات بالسكري أثناء الحمل وذلك على مدار عشرة سنوات من (1985 _ 1995) وتكونت عينة الدراسة من (986) امرأة منهن (753) امرأة كانت تعالج بالأنسولين قبل فترة الحمل، و (131) امرأة كانت تعالج بالأنسولين أثناء الحمل فقط و (102) امرأة اتبعت نظام حمية غذائية دون علاج بالأنسولين، واعتمد الباحثون على المعلومات من المراكز الصحية المختلفة وأوضحت نتائج الدراسة ارتفاع نسبة الوفيات للأجنة لدى النساء الحوامل المرضيات بالسكري بلغت (35.8) حالة وفاة بين كل (1000) حالة حمل وذلك في المراكز الصحية الصغيرة، و (75) حالة وفاه بين كل (1000) حالة حمل في المراكز الصحية الكبيرة التي يتم تحويل

الحالات اليها، وأيضاً توصلوا إلى أن المخاطر المتوقعة في فترة الحمل لدى النساء المريضات بالسكري تزداد بشكل أكبر من حالات الحمل الطبيعية وأن متابعة الحالات في المراكز الصحية الكبرى أفضل من حيث النتائج من المراكز الصحية المحلية الصغيرة.

12- دراسة Frank et,al (2001) :

هدفت الدراسة إلى محاولة التعرف على مدى إرتباط حدوث مرض السكري النوع الثاني بالنظام الغذائي وبنظام الحياة لدى النساء، عمل الباحثون على متابعة (84.941) مريضة ما بين سنة (1981 - 1996) وكانت تلك السيدات خاليات من أمراض القلب والسكري قبل إجراء الدراسة، وعمل الباحثون على مراقبة أنظمة التغذية وأنظمة الحياة لديهن، وأوضحت نتائج الدراسة التتبعية التي إستمرت (16) سنة أن (3300) حالة مرضية بالسكري النوع الثاني تم تشخيصها، وأن زيادة الوزن أو البدانة هو المقياس المؤشر الأكثر أهمية في حدوث المرض، وأيضاً قلة الرياضة وسوء التغذية والتدخين وشرب الكحول سبب في زيادة خطر الإصابة بالسكري النوع الثاني، جاءت نتائج الدراسة مؤكدة الفرضية التي تشير إلى أن معظم حالات مرض السكري من النوع الثاني يمكن التوافق مع المرض بإتباع نمط حياة أكثر صحة ورياضة وأمور أخرى.

13- دراسة Pouwer&Snok (2001) :

هدفت الدراسة إلى معرفة مدى ظهور علامات الإكتئاب لدى مرضى السكري وعلاقتها بمستوى التحكم في نسبة السكر في الدم لديهم، والعينة من الذكور والإناث وعددهم (174) مريض ومريضة بالنوع الثاني من السكري، وإستخدم الباحثان مقياس خاص لتوضيح أسباب القلق والإكتئاب لدى المرضى في المستشفى، وأخذ الباحثان بعض المعلومات من السجلات الخاصة بالمرضى، ونتج عن الدراسة أن العلاقة الإرتباطية بين الإكتئاب والسكري كانت أقوى لدى النساء منه لدى الرجال، حيث وجدت علامات الإكتئاب في كل ثلاث حالات من أربعة لدى النساء، وحالة واحدة من كل أربع حالات من الرجال.

14- دراسة Liloyd (2000) :

هدفت الدراسة إلى التعرف على مدى انتشار أعراض القلق والاكتئاب لدى مرضى السكري، والذين يعالجون في المستشفيات وينتظرون في العيادات الصحية، وتكونت عينة الدراسة من مرضى السكري الذين ينتظرون المراجعات الطبية في المستشفيات وأعمارهم أكثر من (18) عام ومن الجنسين، واستخدم الباحث مقياس يقيس أعراض القلق والاكتئاب، وعمل

الباحث على متابعة أفراد العينة بالرجوع للتقارير الطبية والتعرف على مستويات السكر في الدم لديهم، ومن نتائج الدراسة أن حوالي (28%) من أفراد العينة كان لديهم ارتفاع في أعراض القلق والاكتئاب، ولكن كانت نسبة الذكور مرتفعة في أعراض الاكتئاب أكثر من الإناث بينما أعراض القلق كانت مرتفعة لدى الإناث أكثر من الذكور، وقد لوحظ أن هناك ترابط بين الاكتئاب ومضاعفات السكري لدى الذكور بينما لا ينطبق على الإناث، كما إتضح وجود علاقة إيجابية بين الضعف الجنسي ومظاهر القلق والاكتئاب لدى أفراد العينة.

15- دراسة Willoughby et,al (2000)

هدفت الدراسة الدراسة إلى التعرف على التوافق النفسي والمواجهة لدى مريضات السكري بحث العلاقة بين الاثنين، وتكونت عينة الدراسة من (115) إمراة مريضة بالسكري من النساء المترددات لعيادات الصحة العامة واستخدم الباحث مقياساً لتحديد مهارات المواجهة وعلاقته بمهارات التوافق الشخصي والاجتماعي من اعداد الباحث، ومن نتائج الدراسة أن هناك علاقة ارتباطية بين المواجهة والتوافق الشخصي والاجتماعي لدى أفراد العينة، حيث أن أفراد العينة أظهرن أنه كلما كانت مهارات للمواجهة أفضل كلما زاد مستوى التوافق الشخصي والاجتماعي، وأن ذلك ينعكس ايجابا على صحة المريضات واذا قلت مهارات المواجهة قل مستوى التوافق الشخصي والاجتماعي.

16- دراسة Boey (1999):

هدفت الدراسة إلى التعرف على العلاقة بين التوافق النفسي لدى مرضى السكري والاكتئاب وذلك على عينة من مرضى السكى الصينين، وتكونت عينة الدراسة من (101) مريضا من مرضى السكري، ترواحت أعمارهم بين (20 _ 75) سنة بواقع (49) إناث و (52) ذكور وهم مرضى سكري يعانون منه فترة طويلة، استخدم الباحث مقياس لتحديد أعراض الاكتئاب من إعداد فيرارو، ومن نتائج الدراسة أن أعراض الاكتئاب كانت لديهم أعلى بكثير من افراد ليس لديهم مرض السكري مع التجانس في المتغيرات الدخيلة والوسيطه وتبين أيضا أن أفراد العينة الذين يعانون من أعراض الإكتئاب ينتشر لديهم السلبية والإنطوائية وصعوبة الاندماج مع المجتمع كما اتضح أيضاً عدم وجود فروق دالة بين أفراد العينة من حيث اختلاف مهارات المواجهة والدعم الاجتماعي.

للدراسة الحالية وحاولت الباحثة الحالية الاستفادة من تنوع الأهداف للدراسات السابقة في صياغة أهداف الدراسة الحالية.

وكذلك تنوعت العينات المستخدمة في الدراسات السابقة من حيث العدد والجنس والنوعية وذلك لتعدد الدراسات واختلاف أهدافها فمنها من استخدم أفراد العينة من الجنسين مثل دراسة Boey (1999) ودراسة منصور (2006) ودراسة أبوزيد (2002) ومن الدراسات كانت العينة من الإناث دون الذكور مثل دراسة الحجار (2003) ودراسة Willoughby et,al (2000) ومن ذلك التنوع استفادت الباحثة الحالية فاخذت ذلك بعين الاعتبار عند اختيار العينة.

وأيضاً تباينت الأدوات المستخدمة في الدراسات السابقة ومنها مقياس (على الديب للتوافق) ومقياس (آيزنك والاشول) لقياس مفهوم الذات، بالإضافة إلى مقياس من اعداد الباحثين وتقنياتها، مقياس قوة الأنا إما مقياس بارون تعريب موسى وأبوناهاية مثل دراسة عودة (2002) ومنها مقياس نفسية للكشف عن المشكلات النفسية لدى مرضى السكري دراسة يونس (2004) ودراسة Liyod (2000) ومقياس مهارات المواجهة لدى المرضى مثل دراسة Gravels & Wandell (2006) ومنها استخدام مقياس منظمة الصحة العالمية مقياس جودة الحياه مثل دراسة الجدي وآخرون (2006) ومنها من استعان بالفحوصات المخبرية والكشف الطبي والتقارير الطبية بالإضافة إلى مقياس من اعداد الباحثين وتقنياتها، واستفادت الباحثة في اختيار مقياس التوافق النفسي ومقياس قوة الأنا الملائم للثقافة الفلسطينية.

من حيث النتائج: نتائج الدراسات السابقة تعددت باختلاف أهدافها و متغيراتها ومن نتائج الدراسات التي كشفت عن وجود أعراض سوء التوافق لدى مرضى السكري بشكل عام مثل دراسة Chisholm (2003) ودراسة Boey (1999) ودراسة Paula (2001) ودراسات أظهرت وجود علاقة ارتباطية بين مفهوم قوة الأنا ومتغيرات أخرى مثل التحصيل الدراسي و تغيرات في الشخصية مثل دراسة Ritva et,al (2003) ودراسة Gravels & wandel (2006) وأيضاً منها وضحت فروق تعزى لمتغيرات عدة منها الحالة الاجتماعية ومستوى التعليم وطبيعية الدور الاجتماعي مثل ودراسة Gravels & wandel (2006) ودراسة Grey (1999) فمنها من وضحت وجود مشاكل نفسية ناتجة عن مرض السكري مثل دراسة رضوان (2008) ومنها من وضحت خطورة مضاعفات مرض السكري، والاهمال في اتباع النظام العلاجي يؤدي إلى الوفاة مبكراً، ومن الدراسات أظهرت أن طول فترة المرض تظهر العديد من المشاكل الجسدية والنفسية مثل دراسة al,Siu et (2001) ومنها أظهرت فروق دالة احصائياً بين الإناث والذكور مثل دراسة

يونس (2004) ودراسة Loyd (2000) وتنوع النتائج يفيد الباحثة الحالية عند تطبيق مقياس التوافق النفسي ومقياس قوة الأنا على مرضى السكري وفي تفسير النتائج. لاحظت الباحثة أن غالبية الدراسات السابقة كانت أجنبية خاصة الدراسات التي تناولت مرض السكري ومرضاه وبعض المتغيرات كمفهوم الذات، ومهارات المواجهة، والتغير في الشخصية الناتج عن الإصابة بمرض السكري، وأيضاً قلة الدراسات العربية وهذا ما يعطي للدراسة الحالية أهميتها حيث لم تجد الباحثة أي دراسة تناولت متغيرات الدراسة مجتمعة، فمن الدراسات تناولت متغير التوافق النفسي ، وأخرى متغير قوة الأنا وعلاقتها بمتغيرات مختلفة عن الدراسة الحالية.

الفصل الرابع إجراءات الدراسة

- منهج الدراسة
- مجتمع الدراسة
- عينة الدراسة
- أدوات الدراسة
- خطوات الدراسة
- الأساليب الإحصائية

الفصل الرابع إجراءات الدراسة

توطئة:

توضح الباحثة خلال هذا الفصل الخطوات والإجراءات التي تمت في الجانب والمجال الميداني من الدراسة، ويتضمن تحديد منهجها والمجتمع الأصلي والعينة وتتضمن كذلك أدوات الدراسة وإجراءات تطبيق الإستبانة، وتحديد الأسلوب الإحصائي المستخدم في الدراسة، وذلك على النحو التالي:

منهج الدراسة:

اتبعت الباحثة المنهج الوصفي التحليلي للإجابة على الأسئلة المحددة، باعتباره طريقة في البحث عن الحاضر، وذلك لوصف وبيان الظاهرة المراد دراستها كما توجد في الواقع وصفاً دقيقاً، وذلك لإثبات فروض معينة تمهيداً للإجابة عن تساؤلات محددة سلفاً، دون تدخل من الباحث في مجرياتها، ويستطيع الباحث أن يتفاعل معها فيصفها ويحللها بشكل علمي وموضوعي (الأغا، 1997: 41-73).

المجتمع الأصلي:

يتكون من مجموع مرضى السكري الذكور والإناث المترددين على عيادة السكري بمركز شهداء الرمال بغزة والبالغ عددهم (2000) حسب آخر إحصاء رسمي عام (2007) لدائرة الأمراض المزمنة في مركز شهداء الرمال.

عينة الدراسة: تنقسم إلى عينتين:

1- عينة استطلاعية:

تم اختيارها بطريقة عشوائية بسيطة، بلغ عددها (60) مريض سكري من كلا الجنسين ومختلف الأعمار، وتم تطبيق أدوات الدراسة للتأكد من صدق وثبات المقاييس.

2- العينة الفعلية:

تكونت من (300) مريض ومريضة بالسكري من مختلف الأعمار والمترددين على مركز شهداء الرمال الحكومية، وتم اختيارهم بالطريقة العشوائية البسيطة، حيث بلغ متوسط أعمارهم (51.2) سنة وبنحرف معياري (13.2) سنة، وقد بلغ متوسط عمر الإصابة بمرض

السكري لديهم (8.7) سنة وبانحراف معياري (7) سنوات، ولمعرفة تفاصيل أكثر عن خصائص أفراد العينة يرجى النظر في الجدول التالي :

جدول (4:1) : توزيع أفراد العينة حسب المتغيرات المستقلة للدراسة (ن = 300)

المتغيرات	المستويات	التكرار	النسبة %
نوع الجنس	ذكر	144	48.0
	أنثى	156	52.0
المؤهل العلمي	أمي	74	24.7
	دون الثانوية	112	37.3
	ثانوية عامة	59	19.7
	دبلوم	26	8.7
	جامعي فما فوق	29	9.7
نوع السكري	المعتمد على الأنسولين	46	15.3
	المعتمد على حبوب السكر	243	81.0
	سكر الحمل	11	3.7
مستوى الدخل الشهري	دون 500 شيكل	154	51.3
	500 – 1000	57	19.0
	1000 – 1500	41	13.7
	فوق 1500	48	16.0

أدوات الدراسة :

استخدمت الباحثة أداتين هما:

أولاً: مقياس التوافق النفسي:

المقياس من إعداد شقير (2003) ويتكون مقياس من (80) فقرة تهدف إلى معرفة التوافق وال فقرات مقسمة لأربعة أبعاد وهي بعد التوافق الشخصي والانفعالي، وبعد التوافق الصحي (الجسمي)، بعد التوافق الأسري، بعد التوافق الاجتماعي، ويجاب عليها بنعم ولا ومحاييد " أحيانا" وأدنى درجة صفر وأعلىها (160) وأجرى له صدقا وثباتا على عينة مصرية من الذكور والإناث بلغت (100) والصدق بطريقة التكوين والصدق التمييزي، والثبات تم الحصول عليه بطريقة إعادة التطبيق والتجزئة النصفية وكان الثبات ما بين (0,53 - 0,74).

قامت الباحثة بالتحقق من صدق وثبات المقياس بالطرق التالية:

- صدق الاتساق الداخلي Internal consistency:

للتحقق من صدق الاتساق الداخلي، تم حساب معامل ارتباط العزوم (بيرسون) بين كل من أبعاد المقياس والدرجة الكلية، ثم إيجاد معاملات الارتباط بين فقرات المقياس والدرجة الكلية للمقياس، وكذلك معاملات ارتباط بيرسون بين كل فقرات كل بعد والدرجة الكلية للبعد الخاص بها، وذلك لمعرفة مدى ارتباط واتساق فقرات المقياس بالدرجة الكلية للمقياس وأبعاد المقياس، وأيضا بهدف التحقق من صدق المقياس، ويتضح ذلك من الجداول التالية:

جدول (2: 4) يوضح معاملات ارتباط بيرسون بين فقرات المقياس والدرجة الكلية للمقياس

الفقرة	معامل الارتباط	مستوى الدلالة									
1	60.2	دالة إحصائياً عند 0.01	21	80.2	دالة إحصائياً عند 0.01	41	0.13	دالة إحصائياً عند 0.01	61	0.36	دالة إحصائياً عند 0.01
2	0.29	دالة إحصائياً عند 0.01	22	0.27	دالة إحصائياً عند 0.01	42	0.01//	غير دالة	62	0.09//	غير دالة
3	820.	دالة إحصائياً عند 0.01	23	50.2	دالة إحصائياً عند 0.01	43	90.2	دالة إحصائياً عند 0.01	63	0.30.	دالة إحصائياً عند 0.01
4	0.26	دالة إحصائياً عند 0.01	24	70.2	دالة إحصائياً عند 0.01	44	0.27	دالة إحصائياً عند 0.01	64	0.37	دالة إحصائياً عند 0.01
5	0.38	دالة إحصائياً عند 0.01	25	0.31	دالة إحصائياً عند 0.01	45	0.11//	غير دالة	65	0.29	دالة إحصائياً عند 0.01
6	0.30	دالة إحصائياً عند 0.01	26	0.34	دالة إحصائياً عند 0.01	46	0.02//	غير دالة	66	330.	دالة إحصائياً عند 0.01
7	0.45	دالة إحصائياً عند 0.01	27	0.26	دالة إحصائياً عند 0.01	47	-0.01//	غير دالة	67	0.09//	غير دالة
8	0.45	دالة إحصائياً عند 0.01	28	420.	دالة إحصائياً عند 0.01	48	730.	دالة إحصائياً عند 0.01	68	0.07//	غير دالة
9	0.45	دالة إحصائياً عند 0.01	29	0.29	دالة إحصائياً عند 0.01	49	-0.01//	غير دالة	69	// 0.06	غير دالة
10	0.34	دالة إحصائياً عند 0.01	30	0.47	دالة إحصائياً عند 0.01	50	0.49	دالة إحصائياً عند 0.01	70	340.	دالة إحصائياً عند 0.01
11	0.35	دالة إحصائياً عند 0.01	31	0.46	دالة إحصائياً عند 0.01	51	0.26	دالة إحصائياً عند 0.01	71	0.27	دالة إحصائياً عند 0.01
12	0.24	دالة إحصائياً عند 0.01	32	0.58	دالة إحصائياً عند 0.01	52	630.	دالة إحصائياً عند 0.01	72	830.	دالة إحصائياً عند 0.01
13	0.32	دالة إحصائياً عند 0.01	33	0.53	دالة إحصائياً عند 0.01	53	0.49	دالة إحصائياً عند 0.01	73	0.09//	غير دالة
14	0.23	دالة إحصائياً عند 0.01	34	0.61	دالة إحصائياً عند 0.01	54	90.2	دالة إحصائياً عند 0.01	74	0.04//	غير دالة
15	0.27	دالة إحصائياً عند 0.01	35	0.59	دالة إحصائياً عند 0.01	55	50.2	دالة إحصائياً عند 0.01	75	330.	دالة إحصائياً عند 0.01
16	0.50	دالة إحصائياً عند 0.01	36	0.57	دالة إحصائياً عند 0.01	56	0.30	دالة إحصائياً عند 0.01	76	0.10//	غير دالة
17	0.35	دالة إحصائياً عند 0.01	37	0.35	دالة إحصائياً عند 0.01	57	0.35	دالة إحصائياً عند 0.01	77	// 0.01	غير دالة
18	0.45	دالة إحصائياً عند 0.01	38	0.26	دالة إحصائياً عند 0.01	58	0.33	دالة إحصائياً عند 0.01	78	330.	دالة إحصائياً عند 0.01
19	0.38	دالة إحصائياً عند 0.01	39	0.50	دالة إحصائياً عند 0.01	59	0.47	دالة إحصائياً عند 0.01	79	730.	دالة إحصائياً عند 0.01
20	0.53	دالة إحصائياً عند 0.01	40	0.49	دالة إحصائياً عند 0.01	60	0.41	دالة إحصائياً عند 0.01	80	0.32	دالة إحصائياً عند 0.01

// غير دالة

تبين من الجدول السابق بأن فقرات مقياس التوافق تتمتع بمعاملات ارتباط قوية ودالة إحصائية مع الدرجة الكلية للمقياس، حيث تراوحت معاملات الارتباط بين (0.23 - 0.61) وهذا يدل على أن المقياس بفقراته يتمتع باتساق داخلي عالي، ما عدا الفقرات (42 ، 45 ، 46 ، 47 ، 49 ، 62 ، 67 ، 68 ، 69 ، 73 ، 74 ، 76 ، 77) غير دالة إحصائياً، وهذا يعني أنها غير متنسقة مع المقياس الكلي، فلذلك توجب حذفها من المقياس.

جدول (4:3) يوضح معاملات ارتباط بيرسون بين أبعاد مقياس التوافق النفسي والدرجة الكلية للمقياس

الأبعاد	معاملات الارتباط	مستوى الدلالة
التوافق الشخصي	0.82	0.01 دالة إحصائياً
التوافق الصحي	0.86	0.01 دالة إحصائياً
التوافق الأسري	0.69	0.01 دالة إحصائياً
التوافق الاجتماعي	0.53	0.01 دالة إحصائياً

أشارت النتائج الموضحة في الجدول السابق أن أبعاد مقياس التوافق النفسي تتمتع بمعاملات ارتباط قوية ودالة إحصائية عند مستوى دلالة أقل من (0.01) وحيث بلغت معاملات الارتباط لأبعاد المقياس بين (0.53 - 0.86) وهذا دليل كافي على أن مقياس التوافق النفسي بأبعاده يتمتع بمعامل صدق عالي.

جدول (4:4) معاملات الارتباط بين فقرات البعد الأول (التوافق الشخصي) والدرجة الكلية للبعد

الفقرة	معامل الارتباط	مستوى الدلالة	الفقرة	معامل الارتباط	مستوى الدلالة
1	0.24	دالة إحصائياً عند 0.01	11	0.49	دالة إحصائياً عند 0.01
2	0.44	دالة إحصائياً عند 0.01	12	0.46	دالة إحصائياً عند 0.01
3	0.37	دالة إحصائياً عند 0.01	13	0.34	دالة إحصائياً عند 0.01
4	0.21	0.10 غير دالة	14	0.19	0.14 غير دالة
5	0.50	دالة إحصائياً عند 0.01	15	0.21	0.12 غير دالة
6	-0.22	0.09 غير دالة	16	0.53	دالة إحصائياً عند 0.01
7	0.54	دالة إحصائياً عند 0.01	17	0.46	دالة إحصائياً عند 0.01
8	0.52	دالة إحصائياً عند 0.01	18	0.52	دالة إحصائياً عند 0.01
9	0.57	دالة إحصائياً عند 0.01	19	0.37	دالة إحصائياً عند 0.01
10	0.46	دالة إحصائياً عند 0.01	20	0.51	دالة إحصائياً عند 0.01

تبين من الجدول السابق بأن فقرات البعد الأول (التوافق الشخصي) تتمتع بمعاملات ارتباط قوية ودالة إحصائية مع الدرجة الكلية للبعد، حيث تراوحت معاملات الارتباط بين (0.24- 0.57) وهذا يدل على أن فقرات البعد الأول تتمتع بمعاملات باتساق داخلي عالي، ما عدا الفقرات رقم (4، 6، 14، 15) غير دالة إحصائياً، وهذا يعني أنهم غير متسقة مع البعد الأول، فلذلك يجب حذفها من البعد.

جدول(4:5) معاملات الارتباط بين فقرات البعد الثاني (التوافق الصحي) والدرجة الكلية للبعد

الفقرة	معامل الارتباط	مستوى الدلالة	الفقرة	معامل الارتباط	مستوى الدلالة
21	0.16	0.21 غير دالة	31	0.63	دالة إحصائياً عند 0.01
22	0.34	دالة إحصائياً عند 0.01	32	0.65	دالة إحصائياً عند 0.01
23	0.31	دالة إحصائياً عند 0.01	33	0.61	دالة إحصائياً عند 0.01
24	0.33	دالة إحصائياً عند 0.01	34	0.73	دالة إحصائياً عند 0.01
25	0.35	دالة إحصائياً عند 0.01	35	0.73	دالة إحصائياً عند 0.01
26	0.38	دالة إحصائياً عند 0.01	36	0.74	دالة إحصائياً عند 0.01
27	0.31	دالة إحصائياً عند 0.01	37	0.50	دالة إحصائياً عند 0.01
28	0.22	0.09 غير دالة	38	0.16	0.22 غير دالة
29	0.30	دالة إحصائياً عند 0.01	39	0.52	دالة إحصائياً عند 0.01
30	0.58	دالة إحصائياً عند 0.01	40	0.39	دالة إحصائياً عند 0.01

تبين من الجدول السابق بأن فقرات البعد الثاني (التوافق الصحي) تتمتع بمعاملات ارتباط قوية ودالة إحصائية مع الدرجة الكلية للبعد، حيث تراوحت معاملات الارتباط بين (-0.65- 0.31) وهذا يدل على أن فقرات البعد الثاني تتمتع باتساق داخلي عالي، ما عدا الفقرات رقم (21، 28، 38) غير دالة إحصائياً، وهذا يعني أنهم غير متسقة مع البعد الثاني، فلذلك يجب حذفها من البعد.

جدول (4:6) معاملات الارتباط بين فقرات البعد الثالث (التوافق الأسري) والدرجة الكلية للبعد

الفقرة	معامل الارتباط	مستوى الدلالة	الفقرة	معامل الارتباط	مستوى الدلالة
41	0.31	دالة إحصائياً عند 0.01	51	0.39	دالة إحصائياً عند 0.01
42	0.08	0.53 غير دالة	52	0.001	0.99 غير دالة
43	0.33	دالة إحصائياً عند 0.01	53	0.62	دالة إحصائياً عند 0.01
44	0.47	دالة إحصائياً عند 0.01	54	0.31	دالة إحصائياً عند 0.01
45	0.32	دالة إحصائياً عند 0.01	55	0.16	0.23 غير دالة
46	0.28	دالة إحصائياً عند 0.01	56	0.42	دالة إحصائياً عند 0.01
47	0.15	0.25 غير دالة	57	0.39	دالة إحصائياً عند 0.01
48	0.36	دالة إحصائياً عند 0.01	58	0.52	دالة إحصائياً عند 0.01
49	0.13	0.33 غير دالة	59	0.49	دالة إحصائياً عند 0.01
50	0.62	دالة إحصائياً عند 0.01	60	0.42	دالة إحصائياً عند 0.01

تبين من الجدول السابق بأن فقرات البعد الثالث (التوافق الأسري) تتمتع بمعاملات ارتباط قوية ودالة إحصائية مع الدرجة الكلية للبعد، حيث تراوحت معاملات الارتباط بين (0.28 – 0.62) وهذا يدل على أن فقرات البعد الثالث تتمتع باتساق داخلي عالي، ما عدا الفقرات رقم (42، 47، 49، 52، 55) غير دالة إحصائياً، وهذا يعني أنهم غير متسقة مع البعد الثالث، فلذلك يجب حذفها من البعد.

جدول (4:7) معاملات الارتباط بين فقرات البعد الرابع (التوافق الاجتماعي) والدرجة الكلية

للبعد

الفقرة	معامل الارتباط	مستوى الدلالة	الفقرة	معامل الارتباط	مستوى الدلالة
61	0.58	دالة إحصائياً عند 0.01	71	0.39	دالة إحصائياً عند 0.01
62	0.51	دالة إحصائياً عند 0.01	72	0.29	دالة إحصائياً عند 0.01
63	0.43	دالة إحصائياً عند 0.01	73	0.18	0.17 غير دالة
64	0.27	دالة إحصائياً عند 0.01	74	0.35	دالة إحصائياً عند 0.01
65	0.50	دالة إحصائياً عند 0.01	75	-0.09	0.49 غير دالة
66	0.30	دالة إحصائياً عند 0.01	76	-0.10	0.44 غير دالة
67	0.22	0.10 غير دالة	77	0.20	0.13 غير دالة
68	0.33	دالة إحصائياً عند 0.01	78	0.34	دالة إحصائياً عند 0.01
69	0.25	دالة إحصائياً عند 0.01	79	0.31	دالة إحصائياً عند 0.01
70	0.25	دالة إحصائياً عند 0.01	80	0.11	0.39 غير دالة

تبين من الجدول السابق بأن فقرات البعد الرابع (التوافق الاجتماعي) تتمتع بمعاملات ارتباط قوية ودالة إحصائية مع الدرجة الكلية للبعد، حيث تراوحت معاملات الارتباط بين (0.25 - 0.58) وهذا يدل على أن فقرات البعد الرابع تتمتع بأنساق داخلي عالي، ما عدا الفقرات رقم (80، 77، 75، 73، 67) غير دالة إحصائياً، وهذا يعني أنهم غير متنسقة مع البعد الرابع، فلذلك وجب حذفها من البعد.

- صدق المقارنة الطرفية:

تقوم هذه المقارنة في جوهرها على تقسيم المقياس إلى قسمين ويقارن متوسط الربيع الأعلى في الدرجات بمتوسط الربيع الأدنى في الدرجات، وبعد توزيع الدرجات تم إجراء طريقة المقارنة الطرفية بين أعلى (25%) من الدرجات وأقل (25%) من الدرجات، حيث تم احتساب المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية وقيمة (ت) فكانت دالة عند مستوى دلالة أقل من (0.01) ويتضح ذلك من خلال جدول (4:8):

جدول (4:8) يبين نتائج اختبار "ت" لدراسة الفروق بين متوسطي مرتفعي ومنخفضي الدرجات على

مقياس التوافق النفسي

مستوى الدلالة	قيمة "ت"	أعلى 25% من الدرجات		أقل 25% من الدرجات		التوافق النفسي
		الانحراف المعياري	المتوسط	الانحراف المعياري	المتوسط	
** 0.01	-8.52	5.8	35.7	1.6	21.9	التوافق الشخصي
** 0.01	-19.5	2.9	33.3	2.0	15.0	التوافق الصحي
** 0.01	16.3	0.5	39.6	1.7	31.1	التوافق الأسري
** 0.01	19.1	0.7	36.5	1.8	27.6	التوافق الاجتماعي
** 0.01	17.5	6.3	140.2	5.0	102.6	التوافق النفسي العام

* دالة إحصائياً عند مستوى دلالة أقل من 0.05

** دالة إحصائياً عند مستوى دلالة أقل من 0.01

أظهرت النتائج الموضحة في الجدول السابق وجود فروق جوهرية دالة إحصائياً بين الدرجات العليا والدرجات الدنيا في الدرجة الكلية لأبعاد مقياس التوافق النفسي وأبعاده، وهذا يدل على أن المقياس بأبعاده يميز بين الأشخاص ذوي الدرجات العليا والأشخاص ذوي الدرجات المنخفضة في درجات مقياس التوافق النفسي وأبعاده، مما يعني أن المقياس بفقراته يتمتع بمعامل صدق عالي.

- ثبات مقياس التوافق النفسي:

بعد تطبيق المقياس تم حساب الثبات بطريقتين على النحو التالي:

1- الثبات بطريقة ألفا - كرونباخ Alpha :

تم حساب معامل ألفا كرونباخ للمقياس الكلي وبلغت (0.86) وهذا دليل كافي على أن مقياس التوافق النفسي يتمتع بمعامل ثبات عالي، وبما أن المقياس يحوي أربعة أبعاد فقد تبين أن معاملات الثبات كانت أكبر من (0.65) مما يعني أن أبعاد مقياس التوافق النفسي تتمتع بمعاملات ثبات عالية، ويتضح ذلك من خلال الجدول التالي:

جدول (4:9) معامل ألفا كرونباخ لمقياس التوافق النفسي وأبعاده

الأبعاد	معامل ألفا كرونباخ
التوافق الشخصي	0.75
التوافق الصحي	0.81
التوافق الأسري	0.70
التوافق الاجتماعي	0.65
التوافق النفسي العام	0.86

2- الثبات بطريقة التجزئة النصفية Split_Half Method:

تم حساب معاملات الثبات باستخدام طريقة التجزئة النصفية، حيث تم تقسيم بنود المقياس إلى نصفين، ومن ثم حساب معامل الارتباط بين مجموع فقرات النصف الأول ومجموع فقرات النصف الثاني للمقياس، حيث بلغ معامل ارتباط بيرسون لدرجات المقياس بهذه الطريقة (0.62) وبعد استخدام معادلة سبيرمان - براون المعدلة أصبح معامل الثبات (0.76) ويعد هذا دليل كافي على أن المقياس يتمتع بدرجة ثبات عالية، وبما أن المقياس له أربعة أبعاد، فقد وجد أن معامل الثبات لهذه الأبعاد بعد تطبيق معادلة سبيرمان براون المعدلة أكبر من (0.65) وهذا يدل على أنها تتمتع بمعاملات ثابتة، ويتضح ذلك من خلال الجدول التالي:

جدول (4:10) يبين معاملات الثبات لمقياس التوافق النفسي بطريقة التجزئة النصفية

الأبعاد	معامل ارتباط بيرسون (ر)	معامل سبيرمان براون المعدل
التوافق الشخصي	0.49	0.65
التوافق الصحي	0.72	0.84
التوافق الأسري	0.49	0.65
التوافق الاجتماعي	0.50	0.66
التوافق النفسي العام	0.62	0.74

معادلة سبيرمان براون المعدلة = $r^2 + 1/2$

ثانياً مقياس قوة الأنا :

أعدّه بارون (1963) وقد جاء هذا الاختبار بتحديد بارون لمجموعة من عبارات مينوستا المتعدد الأوجه MMPI بلغت (68) عبارة، شكلت مقياس وضعه بارون لقياس قوة الأنا وقد صنف بارون عبارات المقياس كما ذكرها أبو ناهية وموسى (1988: 55 – 56) كتالي:

- الوظائف الجسمية والاتزان الفسيولوجي.
- الإنهاك العصبي والانعزالية.
- الاتجاهات نحو الدين.
- الوضع الخلقي.
- حاسة الواقع.
- الكفاءة الشخصية والقدرة على التصرف.
- المخاوف وقلق الطفولة.
- متنوع

ونظراً لأهمية المقياس كونه يقيس سمة من سمات الشخصية، قام بعض الباحثين العرب بترجمة المقياس وإعداده وتقنيته، مثال ترجمة علاء الدين كقافي (1982) حيث قننه على البيئة المصرية، وترجمة صلاح أبو ناهية ورشاد موسى (1988) حيث قننا المقياس على البيئة الفلسطينية، ولاحظت الباحثة عدم مناسبة بعض العبارات للبيئة الفلسطينية ولذا عملت على إجراء بعض التغييرات الطفيفة دون أي تعديل جوهري على عبارات المقياس، وقامت الباحثة بإعادة تقنيته للتأكد من صدقه وثباته بتطبيقه على عينة عشوائية من مرضى السكري بمركز شهداء الرمال بغزة بلغت (60) مريض ومريضة سكري.

قامت الباحثة بالتحقق من صدق وثبات المقياس بالطرق التالية:

أولاً- صدق الاتساق الداخلي Internal consistency :

للتحقق من صدق الأتساق الداخلي ثم إيجاد معامل ارتباط الرتب (سبيرمان) بين فقرات المقياس والدرجة الكلية ، ويتضح ذلك من الجدول التالي :

جدول (4:11) يوضح معاملات ارتباط الرتب (سيرمان) بين فقرات المقياس والدرجة الكلية للمقياس

مستوى الدلالة	معامل الارتباط	الفقرة									
0.01	0.40	61	0.01	0.46	41	0.04	0.26	21	0.01	0.32	1
0.01	0.48	62	0.01	0.42	42	0.01	0.45	22	0.01	0.31	2
0.01	0.44	63	//0.14	0.19	43	//0.90	0.02	23	0.01	0.57	3
//0.32	0.13	64	//0.28	0.14	44	0.01	0.41	24	0.01	0.33	4
//0.39	0.11	65	0.05	0.26	45	//0.07	0.24	25	0.01	0.55	5
0.02	0.30	66	//0.27	0.14	46	0.02	0.30	26	0.01	0.47	6
0.02	0.30	67	0.01	0.42	47	0.05	0.25	27	0.04	0.26	7
0.02	-0.30	68	0.02	0.31	48	0.01	0.36	28	0.01	0.52	8
			0.01	0.47	49	//0.13	0.20	29	//0.08	0.23	9
			0.03	0.28	50	0.05	0.26	30	//0.09	-0.22	10
			0.01	0.33	51	0.01	0.39	31	//0.16	0.19	11
			0.02	0.30	52	//0.14	0.19	32	0.04	0.26	12
			0.01	0.40	53	0.02	0.30	33	0.03	0.29	13
			0.04	0.26	54	0.04	0.27	34	0.01	0.40	14
			0.04	0.26	55	0.01	0.43	35	0.14	0.19	15
			0.02	0.31	56	//0.11	0.21	36	0.01	0.43	16
			0.01	0.43	57	//0.70	0.05	37	0.01	0.32	17
			0.05	0.26	58	//0.48	0.09	38	//0.08	0.23	18
			//0.49	0.09	59	0.02	0.30	39	//0.08	0.23	19
			//0.47	-0.10	60	0.01	0.60	40	0.04	0.26	20

// غير دالة (أكبر من 0.05)

تبين من الجدول السابق بأن فقرات مقياس التوافق تتمتع بمعاملات ارتباط قوية ودالة إحصائية مع الدرجة الكلية للمقياس، حيث تراوحت معاملات الارتباط بين (0.25 - 0.57) وهذا يدل على أن المقياس بفقراته يتمتع باتساق داخلي مرتفع، ما عدا الفقرات (65، 64، 60، 59، 46، 44، 43، 38، 37، 36، 32، 29، 25، 23، 19، 18، 11، 10، 9) غير دالة إحصائياً، وهذا يعني أنها غير متسقة مع المقياس الكلي، فلذلك وجب حذفها من المقياس .

ثانياً: صدق المقارنة الطرفية :

تقوم هذه المقارنة في جوهرها على تقسيم المقياس إلى قسمين ويقارن متوسط الربيع الأعلى في الدرجات بمتوسط الربيع الأدنى في الدرجات، وبعد توزيع الدرجات تم إجراء طريقة المقارنة الطرفية بين أعلى (25%) من الدرجات وأقل (25%) من الدرجات، حيث تم احتساب المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية وقيمة (ت) فكانت دالة عند مستوى أقل من (0.01) ويتضح ذلك من خلال الجدول التالي :

جدول (4:12) يبين نتائج اختبار "ت" لدراسة الفروق بين متوسطي الأشخاص مرتفعي ومنخفضي الدرجات على مقياس قوة الأنا

مستوى الدلالة	قيمة "ت"	أعلى 25% من الدرجات		أقل 25% من الدرجات		قوة الأنا
		الانحراف المعياري	المتوسط	الانحراف المعياري	المتوسط	
**0.01	17.3	3.8	82.6	2.7	62.1	قوة الأنا

* دالة إحصائية عند مستوى دلالة أقل من 0.05

** دالة إحصائية عند مستوى دلالة أقل من 0.01

أظهرت النتائج الموضحة في الجدول السابق على وجود فروق جوهرية دالة إحصائياً بين الدرجات العليا والدرجات الدنيا في مقياس قوة الأنا، وهذا يدل على أن المقياس يميز بين الأشخاص ذوي الدرجات العليا والأشخاص ذوي الدرجات المنخفضة في درجات مقياس قوة الأنا، مما يعني أن المقياس بفقراته يتمتع بمعامل صدق عالي.

- ثبوتات مقياس قوة الأنا:

بعد تطبيق المقياس تم حساب ثبات المقياس بطريقتين على النحو التالي:

1- الثبات بطريقة ألفا - كرونباخ Alpha:

بعد تطبيق المقياس تم حساب معامل ألفا كرونباخ للمقياس الكلي وبلغت 0.85 والذي يشير إلى أن مقياس قوة الأنا يتمتع بمعامل ثبات مرتفع.

2- الثبات بطريقة التجزئة النصفية Split_half methods:

تم حساب معاملات الثبات باستخدام طريقة التجزئة النصفية، حيث تم قسمة بنود المقياس إلى نصفين، ومن ثم حساب معامل الارتباط بين مجموع فقرات النصف الأول ومجموع فقرات النصف الثاني للمقياس، حيث بلغ معامل ارتباط بيرسون لدرجات المقياس بهذه الطريقة (0.68) وبعد استخدام معادلة سبيرمان - براون المعدلة أصبح معامل الثبات (0.81) والذي يشير إلى أن المقياس يتمتع بدرجة ثبات مرتفعة.

خطوات اجراء الدراسة:

بعد الانتهاء من الاطار النظري الذي ساعد الباحثة على تكوين خلفية علمية لموضوع

الدراسة قامت الباحثة بالاجراءات التالية:

إعداد المقاييس التي شكلت أدوات الدراسة وهي: مقياس التوافق النفسي ومقياس قوة الأنا.

الحصول على موافقة ادارة الرعاية الأولية بمركز شهداء الرمال الصحي لتطبيق أدوات الدراسة.

- تم اختيار عينة الدراسة وهي مجموعة من مرضى السكري المسجلين في مركز شهداء الرمال الصحي التابع لوزارة الصحة بغزة.
- تم تطبيق ادوات الدراسة على أفراد العينة الاستطلاعية.
- استعانت الباحثة بالعاملين في عيادة السكري في مركز شهداء الرمال الصحي بغزة، لمساعدتها على توزيع أدوات الدراسة وجمعها.
- قامت الباحثة بتفريغ نتائج التطبيق واستخراج درجات كل فرد من أفراد العينة وتم معالجتها بالأساليب الإحصائية الملائمة.
- اخراج الأدوات بشكل نهائي.
- تطبيق المقاييس على العينة النهائية.

الأساليب الإحصائية:

من أجل الإجابة على أسئلة الدراسة وفرضيتها قامت الباحثة باستخدام الأساليب الإحصائية التالية:

- 1- التكرارات والنسب المئوية.
- 2- المتوسط الحسابي والانحراف المعياري والوزن النسبي.
- 3- معامل ارتباط العزوم بيرسون Pearson Correlation.
- 4- معامل الفا كرونباخ والتجزئة النصفية لقياس ثبات أدوات الدراسة.
- 5- معامل ارتباط الرتب سبيرمان Spearman's Correlation
- 6- اختبار "ت" لعينتين مستقلتين Independent Samples Test.
- 7- تحليل التباين الأحادي One Way ANOVA.
- 8- اختبار شيفيه Scheffe للمقارنات البعدية لتجانس التباين.
- 9- اختبار Dunnett's c للمقارنات البعدية لعدم تجانس التباين.

الفصل الخامس

عرض وتفسير النتائج

الفصل الخامس عرض النتائج وتفسيرها

توطئة:

يتناول هذا الفصل عرضاً لنتائج فروض الدراسة الحالية، ثم مناقشة وتفسير النتائج فى ضوء الإطار النظرى والدراسات السابقة.

الفرض الأول: " توجد علاقة ارتباطيه دالة إحصائياً بين التوافق النفسي وأبعاده وقوة الأنا لدى مرضى السكري ".

للتحقق من مدى صحة الفرض تم حساب معامل الارتباط العزوم "بيرسون" بين درجات التوافق النفسي وأبعاده و درجة قوة الأنا لدى مرضى السكري، ويوضح الجدول التالي النتائج المتعلقة بهذا الفرض:

جدول (5:1) يوضح معاملات الارتباط (r) بين درجات التوافق النفسي وأبعاده وقوة الأنا لدى مرضى السكري

التوافق النفسي	معامل ارتباط بيرسون	مستوى الدلالة
التوافق الشخصي	0.50	**0.001
التوافق الصحي	0.59	**0.001
التوافق الأسري	0.38	**0.001
التوافق الاجتماعي	0.36	**0.001
التوافق النفسي العام	0.58	**0.001

** دالة عند 0.001 * دالة عند 0.05 // غير دالة

تبين من الجدول السابق ما يلي:

- وجود علاقة طردية دالة إحصائياً بين التوافق النفسي وقوة الأنا لدى مرضى السكري (r= 0.58، p-value<0.05) وهذا يدل على أنه كلما زادت درجة قوة الأنا لدى مرضى السكري كلما ارتفعت درجة التوافق النفسي لديهم والعكس صحيح .
- وجود علاقة طردية دالة إحصائياً بين التوافق الشخصي وقوة الأنا لدى مرضى السكري (r= 0.50، p-value<0.05) وهذا يدل على أن كلما زادت درجة قوة الأنا لدى مرضى السكري كلما ارتفعت درجة التوافق الشخصي لديهم والعكس صحيح .
- وجود علاقة طردية دالة إحصائياً بين التوافق الصحي وقوة الأنا لدى مرضى السكري (r = 0.59، p- value < 0.05) وهذا يدل على أن كلما زادت درجة قوة الأنا لدى مرضى السكري كلما ارتفعت درجة التوافق الصحي لديهم والعكس صحيح.

- وجود علاقة طردية دالة إحصائياً بين التوافق الأسري وقوة الأنا لدى مرضى السكري ($r = 0.38, p\text{-value} < 0.05$) وهذا يدل على أن كلما زادت درجة قوة الأنا لدى مرضى السكري كلما ارتفعت درجة التوافق الأسري لديهم والعكس صحيح.

- وجود علاقة طردية دالة إحصائياً بين التوافق الاجتماعي وقوة الأنا لدى مرضى السكري ($r = 0.36, p\text{-value} < 0.05$) وهذا يدل على أن كلما زادت درجة قوة الأنا لدى مرضى السكري كلما ارتفعت درجة التوافق الاجتماعي لديهم والعكس صحيح، وهذا يشير إلى تحقق صحة الفرض الأول.

كما ورد في الإطار النظري أن:

- قوة الأنا هي الجانب المعقول من شخصية الفرد والمسئول عن التوفيق بين دوافع الإنسان الفطرية من جهة وبين الواقع الخارجي من جهة أخرى، أي ربط وضبط السلوك على أساس إشباع الحاجات الفردية في حدود معينة مقبولة والقدرة على تحمل الضغوط الداخلية والخارجية (سعيد، 2007: 28) والتوافق أيضاً عملية مستمرة تتناول السلوك والبيئة الطبيعية والاجتماعية بالتغيير والتعديل حتى يحدث توازن بين الفرد والبيئة (زهران، 1985: 29) وترى الباحثة وجود ارتباط بين التوافق وقوة الأنا فعملية التوافق تحتاج لأنا وإرادة قوية تستطيع تحمل التغيرات المفاجئة في البيئة المحيطة بالفرد وتحمل ضغوط الحياة وهذا ما أكدته نتيجة الفرض على وجود هذه العلاقة، وكما وضح جدول رقم (5: 1) وهذه النتيجة تتفق مع رأي التحليليين حيث يرون أن التوافق يتحقق عندما تكون الأنا بمثابة المدير المنفذ للشخصية ويسيطر على كل من ألهو والأنا الأعلى وبأداء الأنا لوظائفه في حكمة واتزان يتحقق التوافق وإذا تخلى الأنا عن جزء من وظائفه أدى إلى سوء التوافق (الشنداوي، 1999: 382) وتتفق دراسة Willoughby et.al (2000) مع هذه النتيجة حيث وجدت علاقة ارتباطية بين مهارات المواجهة والتوافق الشخصي والاجتماعي، وأنه كلما كانت مهارات المواجهة أفضل كلما زاد مستوى التوافق وانعكس ايجابياً على صحة المريض والعكس، ودراسة منصور (2006) حيث أظهرت وجود علاقة دالة بين أبعاد التوافق النفسي العام وأبعاد الشخصية، ودراسة الطويل (2000) بينت وجود علاقة ارتباطية عكسية بين التوافق النفسي المدرسي ومستوى السلوك العدواني الذي يعتبر من المؤشرات الدالة على طبيعة الشخصية وقوتها، وأنه كلما زاد مستوى التوافق النفسي قل مستوى السلوك العدواني والعكس، واختلقت دراسة Boey (1999) مع هذه النتيجة حيث تبين من خلالها عدم وجود فروق دالة بين مهارات المواجهة والتوافق النفسي لدى مرضى السكري.

وبالنظر للجدول (5:1) يتضح ما يلي:

- وجود علاقة طردية دالة إحصائياً بين التوافق الشخصي وقوة الأنا لدى مرضى السكري، في وجود الأنا القوية يستطيع الفرد إشباع حاجاته الأولية والثانوية والتأقلم مع الواقع الخارجي، وهذا يعني أن الفرد وصل إلى مرحلة الرضا عن النفس والتأقلم مع الظروف البيئية من مرض أو إعاقة كما ورد في الإطار النظري وقاله الشحومي (1989: 20) وإن الفرد في حالة المرض تزداد حاجته للتوافق الشخصي حتى يحدث الاتزان في شخصيته، وهذا لن يحدث إلا إذا كان الفرد راضياً عن ذاته متقبلاً لها ولديه قدرة على تحمل المواقف الإحباطية، وهكذا يصل إلى التوافق الشخصي (عطية، 2001: 30).

ويسهم في التوافق الشخصي وقوة الأنا التنشئة الاجتماعية للفرد فهي عملية يتحول فيها الفرد من إنسان يعتمد على الآخرين إلى إنسان بالغ وعنصر فعال في المجتمع، وهي مرحلة النمو العقلي والأساس الذي تنمو خلاله الشخصية (كفافي، 1987: 178) والأسرة والمدرسة هما أكثر عوامل التنشئة الاجتماعية المؤثرة على شخصية الفرد وتوافقه مع نفسه والبيئة، وتتفق هذه النتيجة مع دراسة Paula et,al (2001) حيث أظهرت علاقة ارتباطية بين التوافق الشخصي والاجتماعي والرضا الزوجي وجودة الحياة، وعلاقة بين التوافق ومستوى التحكم في نسبة السكر في الدم.

- وجود علاقة طردية دالة إحصائياً بين التوافق الصحي وقوة الأنا لدى مرضى السكري، إن رضا الفرد عن مظهره الجسدي أمر مهم في توافقه فقد يشعر بالنقص عندما لا تتناسب أوصافه الجسدية مع معايير الثقافة (Burns, 1979: 52) وعملية التوافق تحتاج أن يتمتع الفرد بقدر مناسب من الصحة الجسمية التي تمكنه من بذل الجهد المناسب لمواجهة حالات المرض والضغوط التي يتعرض لها (أبوشماله، 2002: 24) ويساعد الفرد على ذلك وجود إرادة قوية لديه، وأنا واعية تدرك الحاجات الذاتية للفرد وحاجات المجتمع الخارجي، وترى الباحثة أن مرضى السكري كما أظهرت نتائج الفرض لديهم توافق صحي، يرجع أسبابه إلى اهتمام المؤسسات الصحية سواء الحكومية منها أو وكالة الغوث وغيرها من المؤسسات الصحية الغير حكومية فجميعهم يعتنون بفئة مرضى السكري بتوفير العلاج اللازم لهم، ومساعدتهم في الوقاية من مضاعفات المرض، بنشرات التوعية الضرورية لهم كل هذه العوامل تساعد على التوافق الصحي لدى مرضى السكري خاصة إذا كان المريض يتمتع بقوة إرادة تحافظ على توازنه. واختلفت دراسة الجدي (2006) مع هذه النتيجة حيث أظهرت انخفاض جودة الحياة لدى مرضى السكري خاصة في الجوانب الجسدية والنفسية، ودراسة الحجار (2003) حيث وجدت علاقة ارتباطية دالة إحصائياً بين التوافق النفسي والسلوك الديني لدى مريضات سرطان الثدي ما عدا

البعد الجسدي، وتؤكد دراسة Telishevka et,al (2001) على أهمية الرعاية المقدمة من المراكز الصحية لمرضى السكري، حيث تبين من الدراسة ارتفاع معدل الوفيات لدى مرضى السكري بسبب مضاعفات المرض وقلة وعي المريض وعدم إتباعهم نظام علاجي وقلة الرعاية الصحية الكافية لهؤلاء المرضى، وهذا ما رأته الباحثة أن اهتمام المراكز الصحية في قطاع غزة بمرضى السكري أدت إلى التوافق الصحي لديهم.

- وجود علاقة طردية بين التوافق الأسري وقوة الأنا لدى مرضى السكري ترى الباحثة أن ذلك يرجع لعدة عوامل منها:

- الأسرة هي المصدر الأول لتوفير الحاجات للفرد منذ صغره فهي تساهم في التوافق الإيجابي أو السلبي لدى الأبناء، من خلال قبول الوالدين لأبنائهم وإشراكهم في اتخاذ القرار وتعليمهم الحدود المقبولة للسلوك ويتفق مع ذلك Belkin(281: 1984).

- الحاجة للحب والأمن والنجاح من الحاجات النفسية المهمة في توافق الفرد للحفاظ على توازنه ونضجه النفسي (منصور، 2006: 42) لذلك تعتبر مرحلة الطفولة من أهم المراحل في حياة الإنسان حيث تتكون فيها القدرات وعناصر الشخصية وأنماط السلوك، وتنمو لدى الفرد بذور التوافق السليم أو عدمه، والإنسان في كبره يحمل رواسب الطفولة(رفاعي، 1981: 45) وهذه العلاقة بين مراحل النمو والتنشئة الاجتماعية في مجتمعنا الفلسطيني وتعاليم ديننا الإسلامي كلها تدعو للاهتمام بالأبناء والآباء وهذا يقوي العلاقات الأسرية، والترابط الأسري في مجتمعنا يزيد من قوة الأنا وقوة الإرادة لدى الفرد والمهارات المكتسبة خلال مراحل النمو المختلفة وأيضاً التوافق الجيد. واختلفت دراسة الحجار (2003) مع النتيجة الحالية حيث بينت سوء التوافق لدى المرضى خاصة البعد الجسدي والأسري.

وإن استطاع المريض التوافق أسرياً وأشبعت لديه حاجات الأمن والاستقرار والمحبة يستطيع التوافق اجتماعياً كما أثبت نتيجة الفرض وجود علاقة طردية دالة إحصائياً بين التوافق الاجتماعي وقوة الأنا لدى مرضى السكري، الترابط الاجتماعي في مجتمعنا يساعد على الصبر والتحمل وقوة الإرادة خاصة إن وجد الفرد شخص آخر يشاركه نفس مشكلته كما يحدث لدى مرضى السكري، فوجود مرضى السكري في عيادات خاصة بهم في أيام معينة يلتقون بها، ويتحدثون عن مشاكلهم مع المرض يساعدهم على الصبر وتحمل أعباء المرض، تتفق هذه النتيجة مع دراسة Paula et,al (2001) حيث أظهرت وجود علاقة ارتباطية بين الرضا الزوجي "الأسري" ومستوى التوافق الشخصي والاجتماعي وانعكس ذلك على جودة الحياة لدى المرضى، وعلاقة بين التوافق الزوجي ومستوى التحكم في السكر لدى مرضى السكري.

الفرض الثاني : " توجد فروق ذات دلالة إحصائية في التوافق النفسي وأبعاده تبعاً لعدد سنوات الإصابة بمرض السكري".

للتحقق من صحة الفرض تم حساب معامل F (تحليل التباين الأحادي - One-Way ANOVA) فجاءت النتائج على النحو التالي :

جدول (5:2) يوضح نتائج تحليل التباين الأحادي في التوافق النفسي وأبعاده حسب سنوات الإصابة بمرض السكري

مستوى الدلالة	قيمة (ف)	متوسط المربعات	درجات الحرية	مجموع المربعات	مصدر التباين	التوافق النفسي
//0.87	0.14	4.37	2	8.7	بين المجموعات	التوافق الشخصي
		31.98	297	9498.6	داخل المجموعات	
			299	9507.4	المجموع	
*0.02	3.92	195.31	2	390.6	بين المجموعات	التوافق الصحي
		49.87	297	14811.1	داخل المجموعات	
			299	15201.7	المجموع	
//0.30	1.21	33.33	2	66.7	بين المجموعات	التوافق الأسري
		27.50	297	8167.9	داخل المجموعات	
			299	8234.5	المجموع	
//0.33	1.12	26.05	2	52.1	بين المجموعات	التوافق الاجتماعي
		23.16	296	6855.5	داخل المجموعات	
			298	6907.6	المجموع	
//0.70	0.36	122.44	2	244.9	بين المجموعات	التوافق النفسي العام
		337.03	296	99762.0	داخل المجموعات	
			298	100006.9	المجموع	

** P<0.01

*P<0.05

// P>0.05

- لوحظ وجود فروق دالة إحصائية في التوافق الصحي حسب عدد سنوات الإصابة بمرض السكري (1 - 3 سنوات ، 4-6 سنوات ، 7 فما فوق) فيما لم يتضمن وجود فروق دالة إحصائية في (التوافق الشخصي والأسري والاجتماعي والعام) حسب عدد سنوات الإصابة بمرض السكري، ولمعرفة دلالة الفروق بين السنوات تم إجراء اختبار شيفيه للمقارنات البعدية لتجانس التباين، فقد تبين أن مرضى السكري المصابين لمدة 7 سنوات فما فوق لديهم توافق صحي أقل من المرضى المصابين بمرض السكري 4- 6 سنوات، وهذه الفروق ذات دلالة إحصائية وعليه فقد تحقق الفرض بصورة جزئية.

- جدول (5:3) يوضح نتائج اختبارات المقارنات البعدية في التوافق الصحي حسب عدد سنوات الإصابة بمرض السكري

سنوات الإصابة بمرض السكري	المتوسط	1 - 3 سنوات	4-6 سنوات	7 فما فوق
1 - 3 سنوات	21.0	1	0.55	0.36
4-6 سنوات	22.3		1	0.02*
7 فما فوق	19.5			1

تري الباحثة أن ذلك يرجع إلى:

- عند اكتشاف الفرد لمرض السكري يشعر بالخوف والقلق على صحته ولذلك يهتم بصحة جسمه أكثر ويكن أكثر انضباطاً في أخذ العلاج بانتظام ومتابعة الطبيب المختص ولكن بعد فترة من الزمن مع اعتبار الفروق الفردية يبدأ مريض السكري يشعر بالملل وعدم رغبته بمتابعة الطبيب واخذ العلاج بانتظام وتوصلت الباحثة لهذا الراي من خلال التعامل مع المرضى وسؤالهم عن عدم التزامهم بالمحافظة على صحتهم الجسمية.
- ظهور أعراض القصور الجنسي وحدتها تزيد بزيادة عدد سنوات المرض وهذه الأعراض تقلل من التوافق النفسي كما أظهرت دراسة Siu (2001)، وتتفق مع نتيجة الفرض دراسة الجدي وآخرون (2006) حيث وجدت انخفاض مستوى جودة الحياة لدى مرضى السكري خاصة في الجوانب النفسية والجسدية، ودراسة رضوان (2002) وجدت فروق في القلق تعزى لمتغير تاريخ المرض لصالح المجموعة أكثر من (18) سنة، واختلفت دراسة K.Humlde et,al (2006) حيث أظهرت وجود أعراض عدوانية وقلق في بداية الإصابة بمرض السكري ولكن بعد (3) سنوات بدأت الأعراض وجود مرض مزمن كالسكري يتوجب على المريض الالتزام بالعلاج ونظام غذائي مدى الحياة، والتفكير بملازمة المرض طول العمر يشعر المريض بالملل والإحباط خاصة إذا لم يستطع الالتزام بكل التعليمات مما يقلل درجة التوافق النفسي، والتوافق عملية يقوم بها الفرد في محاولة مستمرة ومتواصلة لإيجاد علاقة متوازنة بينه وبين بيئته النفسية من جهة وبيئته الاجتماعية والثقافية من جهة أخرى (الصفطي، 1983: 28) وخلال هذه العملية يتعرض الفرد للعديد من المواقف الصعبة وضغوطات الحياة المختلفة وتحتاج من الفرد بذل جهد أكبر ليتوافق معها وكذلك مريض السكري يحتاج لمجهود مستمر ومتواصل ليحافظ على توازنه النفسي والصحي.

- عندما تزيد سنوات الإصابة بالمرض ويزيد معها عمر المريض من الطبيعي أن تقل قدراته الجسمية والنفسية ومع مرض السكري تضعف أكثر قدرات المريض الجسمية ويكون معرض لمضاعفات السكري الخطيرة خاصة إذا لم يتبع المريض التعليمات العلاجية كما أشار مباشر(1981: 807) أنه مع زيادة عدد سنوات الإصابة بمرض السكري وعدم انتظام نسبة السكر في الدم يزيد نسبة الإصابة بمضاعفات السكري، وكما أشار الزطمة(1985: 8) أن مضاعفات مرض السكري تحدث لعدة عوامل منها تاريخ المرض وعدد سنوات الإصابة وعدم الالتزام بالعلاج، من هنا يتضح أن عدد سنوات الإصابة بمرض السكري من أسباب تدهور الوضع الصحي والنفسي للمريض خاصة إذا أصيب بإحدى مضاعفات السكري وأيضاً إذا كان يعيش في مجتمع مثل المجتمع الفلسطيني المعرض باستمرار لضغوط سياسية واقتصادية وأعباء الحياة وأعباء المرض مما يؤثر على توافقه النفسي العام، وكما أشار مرسي(1986: 123) أن القدرات الجسمية، من عوائق التوافق النفسي، وتمنع الفرد من تحقيق أهدافه مما يسبب له الشعور بالإحباط بسبب عدم إشباع الحاجات الأساسية دائماً، فالإنسان وحدة بيولوجية ونفسية متماسكة متكاملة تستجيب لبيئتها الداخلية والخارجية.

- عدم وجود فروق دالة إحصائية بين عدد سنوات الإصابة بمرض السكري وأبعاد التوافق النفسي التالية (التوافق الشخصي، التوافق الأسري، التوافق الاجتماعي) إن هذه الأبعاد يربط بينهم عناصر الرضا عن النفس والشعور بالسعادة داخل أسرة تقدر الفرد وتحبه، والتعاون بين أفراد الأسرة ومع الآخرين والالتزام بأخلاقيات المجتمع وإقامة علاقات ايجابية مع أفراد المجتمع، وهذه العناصر لا تتأثر بعدد سنوات الإصابة بمرض السكري وإنما عوامل أخرى منها:

- طبيعة المجتمع الفلسطيني وما يتميز به من ترابط أسري ودعم اجتماعي لفئة المرضى المزمنين كمرضى السكري وهذا بدوره يؤدي إلى التوافق الشخصي.
- الإيمان بالله وتعاليم الدين الإسلامي في التأكيد على الترابط الأسري والاجتماعي، وإيمان المريض بأن المرض ابتلاء من الله عز وجل والإيمان بقدر الله واعتباره وسيلة للوصول إلى ما يرضى الله عز وجل يخفف عن المريض عبء المرض ويزيد من توافقه الشخصي والأسري والاجتماعي، فالتقبل والرضا عن الذات من العوامل المؤثرة في التوافق النفسي، والفرد الذي لا يتقبل نفسه ولا يشعر بالرضا يكون معرضاً للمواقف الاجتماعية المحبطة له ويشعر خلالها بالفشل وعدم التوافق النفسي والاجتماعي ويدفعه ذلك للانطواء أو العدوان (عطية، 2001: 30)، ومن الدراسات التي بحثت في العلاقة بين التوافق النفسي والاجتماعي

• والعلاقة الزوجية أي التوافق الأسري دراسة Paula (2001) والتي نتج عنها ارتباط ايجابي بين الرضا الزوجي ومستوى التوافق الشخصي والاجتماعي، وأيضا الرضا الزوجي وجودة الحياة، و دراسة Willoughby (2000) التي أظهرت وجود علاقة ارتباطيه بين مهارات المواجهة والتوافق الشخصي والاجتماعي لدى مرضى السكري وأنه كلما كانت مهارات المواجهة أفضل زاد مستوى التوافق الشخصي والاجتماعي وينعكس ايجابيا على صحة المريض، ودراسة K.Humlde et,al (2006) أظهرت عدم وجود فروق دالة في التوافق الاجتماعي.

• وأشار عطية(2001: 33) أن اكتساب المهارات التكيفية يؤدي إلى التوافق والذي هو محصلة ما مر به الفرد من تجارب وخبرات أدت به إلى كيفية إشباع حاجاته وتعامله مع غيره من الأفراد في مجتمعه وهذه المهارات إحدى العوامل المؤثرة في التوافق النفسي وأبعاده.

الفرض الثالث: "توجد فروق ذات دلالة إحصائية في التوافق النفسي وأبعاده تبعا لنوع مرض السكري.

للتحقق من صحة الفرض تم حساب اختبار "ت" فجاءت النتائج على النحو التالي :

جدول (5:4) نتائج اختبار "ت" في التوافق النفسي وأبعاده حسب نوع مرض السكري

التوافق	نوع السكري	العدد	المتوسط	الانحراف المعياري	اختبار "ت"	مستوى الدلالة
التوافق الشخصي	المعتمد على الأنسولين	46	22.5	6.1	-0.72	//0.47
	المعتمد على حبوب السكر	243	23.1	5.4		
التوافق الصحي	المعتمد على الأنسولين	46	21.6	6.5	1.12	//0.26
	المعتمد على حبوب السكر	243	20.3	7.3		
التوافق الأسري	المعتمد على الأنسولين	46	25.8	5.3	-0.98	//0.33
	المعتمد على حبوب السكر	243	26.6	5.2		
التوافق الاجتماعي	المعتمد على الأنسولين	46	24.4	4.0	-0.89	//0.38
	المعتمد على حبوب السكر	243	25.1	4.7		
التوافق النفسي	المعتمد على الأنسولين	46	94.3	17.6	-0.29	//0.77
	المعتمد على حبوب السكر	243	95.2	17.9		

** P<0.01

*P<0.05

// P>0.05

تبين من خلال الجدول السابق عدم وجود فروق دالة إحصائية بين نوع الإصابة بمرض السكري (المعتمد على الأنسولين، المعتمد على حبوب السكر) بالنسبة لدرجات التوافق العام التالية

(التوافق الشخصي، التوافق الصحي، التوافق الأسري، التوافق الاجتماعي، التوافق النفسي)
وعليه فلم تتحقق صحة الفرض .
وللتعرف على الفروق في التوافق النفسي وأبعاده حسب نوع مرض السكري لدى الإناث كانت
النتائج كالتالي:

جدول (5:5) يوضح نتائج تحليل التباين الأحادي في التوافق النفسي وأبعاده حسب
نوع مرض السكري لدى الإناث

التوافق النفسي	مصدر التباين	مجموع المربعات	درجات الحرية	متوسط المربعات	قيمة (ف)	مستوى الدلالة
التوافق الشخصي	بين المجموعات	77.2	2	38.6	1.0	//0.4
	داخل المجموعات	5713.1	153	37.3		
	المجموع	5790.3	155			
التوافق الصحي	بين المجموعات	350.6	2	175.3	3.5	**0.01
	داخل المجموعات	7560.6	153	49.4		
	المجموع	7911.1	155			
التوافق الأسري	بين المجموعات	36.7	2	18.3	0.5	//0.6
	داخل المجموعات	5217.2	153	34.1		
	المجموع	5253.9	155			
التوافق الاجتماعي	بين المجموعات	154.1	2	77.1	2.7	//0.1
	داخل المجموعات	4303.4	152	28.3		
	المجموع	4457.5	154			
التوافق النفسي العام	بين المجموعات	922.5	2	461.3	1.3	//0.3
	داخل المجموعات	55823.5	152	367.3		
	المجموع	56746.0	154			

** P<0.01 *P<0.05 // P>0.05

- لوحظ وجود فروق دالة إحصائية في التوافق الصحي حسب نوع الإصابة بمرض السكري (المعتمد على الأنسولين، المعتمد على حبوب السكر، سكر الحمل) لدى الإناث، ولمعرفة دلالة الفروق بين أنواع مرض السكري تم إجراء اختبار شيفيه للمقارنات البعدية لتجانس التباين، فقد تبين أن الإناث المصابات بمرض السكري المعتمد على حبوب السكر لديهن توافق صحي أقل من الإناث المصابات بمرض السكري المعتمد على الأنسولين، وهذه الفروق ذات دلالة إحصائية أقل من (0.05) في حين لوحظ عدم وجود فروق دالة إحصائية في أنواع التوافق التالية)

- الشخصي، الأسري، الاجتماعي، النفسي العام) حسب نوع الإصابة بمرض السكري(المعتمد على الأنسولين، المعتمد على حبوب السكر، سكر الحمل).

- جدول (5:6) يوضح نتائج اختبارات المقارنات البعدية في التوافق الصحي بالنسبة لنوع مرض السكري لدى الإناث

نوع مرض السكري	المتوسط	المعتمد على الأنسولين	المعتمد على حبوب السكر	سكر الحمل
المعتمد على الأنسولين	21.8	1	*0.05	0.39
المعتمد على حبوب السكر	18.1		1	0.95
سكر الحمل	21.1			1

بالنظر للجدول (5:6) تبين أنه:

- لا توجد فروق دالة إحصائية بين نوع مرض السكري والتوافق النفسي وأبعاده ترى الباحثة أن ذلك يرجع ذلك إلى:

- الرعاية الصحية المقدمة في مختلف المراكز الصحية سواء الحكومية منها أو وكالة الغوث أو المؤسسات الغير حكومية فجميعها تقدم العلاج مجاناً أو بسعر زهيد والرعاية اللازمة لكل مرضى السكري وحسب نوع مرض السكري، وان افتقد المريض علاج ما في مركز من المراكز يجده في مكان آخر ولذلك لا يتأثر توافقه الصحي بنوع مرض السكري.
- وجود مؤسسات صحية ونفسية داعمة لمرضى السكري سواء في تقديم العلاج الدوائي أو المشورة النفسية والأسرية وهذه المؤسسات لا تفرق في تقديم الخدمة حسب نوع مرض السكري، وترى الباحثة أيضاً أن ظهور مثل هذه النتيجة في الدراسة الحالية بأن تطبيق الدراسة جاء في وقت ما بعد الحرب على قطاع غزة في ذلك الوقت كانت كل الجهود في المؤسسات والمراكز الصحية والنفسية والاجتماعية تقدم خدمات مضاعفة لتخفيف الضغوط النفسية والصحية التي يعاني منها الناس عموماً والمرضى خصوصاً وهذا التدخل زاد من درجة التوافق النفسي وأبعاده الأسري والشخصي والصحي والنفسي العام وأيضاً الاجتماعي كما بينت نتيجة الفرض بالنسبة لنوع السكري الأول والثاني ما عدا سكري الحمل بالنسبة للإناث فقط تبين لديهن كما ظهر في الجداول (5:5) و(5:6) فروق في التوافق الصحي بالنسبة لنوع مرض السكري فاللواتي يتبعن النوع المعتمد على الحبوب لديهن توافق صحي أقل ترى الباحثة ان ذلك يرجع أن السيدة الحامل ربما تنسى أخذ الحبوب بينما حقن

الانسولين تتذكرها لاهميتها الطبية حيث عندما تهمل في أخذ حقنة الانسولين يؤدي ذلك لتغير مفاجئ في نسبة السكر في الدم مما يؤدي على صحتها الجسمية.

• ويمكن القول بأن الناس ما بعد الحرب خاصة المرضى منهم توجهت أنظارهم لاهتمامات أخرى مثل فقدان الأسر الجماعية، وهدم المنازل والخسائر المادية الهائلة في قطاع غزة جعلت تفكيرهم يتجه نحو التضامن الاجتماعي والأسري وزيادة قدرتهم على تحمل المرض وقد تحملوا ظروف أصعب منه، وأيضاً اكتسبوا مهارات جديدة للتأقلم بالحرب على غزة كما لها وجه الألم والأسى فأيضاً لها وجه الصمود والقوة والتحمل في أصعب الظروف مع اعتبار اختلاف الفروق الفردية، تتفق دراسة Willoughby (2000) مع نتيجة الفرض والتي أظهرت العلاقة بين مهارات المواجهة و مهارات التوافق الشخصي والاجتماعي وانه كلما كانت مهارات المواجهة أفضل كلما زاد التوافق الشخصي والاجتماعي وذلك ينعكس على التوافق الصحي والعكس، اختلفت دراسة يونس (2004) مع هذه النتيجة حيث وضحت دراسته تأثير المشكلات النفسية والاجتماعية على جودة الحياة لدى مرضى السكري بمختلف أنواعه وأظهرت وجود فروق بين منخفضي ومرتفعي المشكلات النفسية في مستوى جودة الحياة لصالح منخفضي المشكلات النفسية، ودراسة Maria & Goldstone (1992) حيث أظهرت أن نوع مرض السكري له تأثير على النمو العقلي والإدراك الأكاديمي حيث تبين في بداية اكتشاف المرض أن المستوى العقلي والمستوى الأكاديمي عند مرضى النوع الأول المعتمد على الأنسولين كان في حدود النسب المعتدلة، وبعد عدة مراحل وجدوا أن الأداء العقلي والدرجات المدرسية قد انخفضت عند مرضى النوع الأول من السكري.

الفرض الرابع : توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين التوافق النفسي وأبعاده تبعاً لمستوى الدخل الشهري لمرضى السكري.

للتحقق من صحة الفرض تم حساب معامل F (تحليل التباين الأحادي - One-Way ANOVA) فجاءت النتائج على النحو التالي:

جدول (5:7) يوضح نتائج تحليل التباين الأحادي في التوافق النفسي وأبعاده حسب مستويات الدخل المختلفة لمرضى السكري

مستوى الدلالة	قيمة (ف)	متوسط المربعات	درجات الحرية	مجموع المربعات	مصدر التباين	التوافق النفسي
**0.001	7.1	212.9	3	638.7	بين المجموعات	التوافق الشخصي
		30.0	296	8868.7	داخل المجموعات	
			299	9507.4	المجموع	
//0.065	2.4	122.2	3	366.7	بين المجموعات	التوافق الصحي
		50.1	296	14835.0	داخل المجموعات	
			299	15201.7	المجموع	
**0.002	5.2	137.4	3	412.2	بين المجموعات	التوافق الأسري
		26.4	296	7822.4	داخل المجموعات	
			299	8234.5	المجموع	
//0.090	2.2	50.0	3	150.0	بين المجموعات	التوافق الاجتماعي
		22.9	295	6757.6	داخل المجموعات	
			298	6907.6	المجموع	
**0.002	5.0	1601.1	3	4803.4	بين المجموعات	التوافق النفسي
		322.7	295	95203.5	داخل المجموعات	
			298	100006.9	المجموع	

** P<0.01

*P<0.05

// P>0.05

تبين من النتائج الموجودة في الجدول السابق ما يلي :

لوحظ وجود فروق دالة إحصائية بين مستويات الدخل الشهرية لمرضى السكري (دون 500 شيكل، 500 _ 1000 شيكل، 1000 _ 1500 شيكل، أكثر من 1500 شيكل) بالنسبة لدرجات التوافق الشخصي، ولمعرفة دلالة الفروق بين مستويات الدخل الشهرية تم إجراء اختبار شيفي للمقارنات البعدية لتجانس التباين، فقد تبين أن مرضى السكري الذين مستوى دخلهم الشهري أقل من (500) شيكل لديهم توافق شخصي أقل من مرضى السكري الذين مستوى دخلهم الشهري أكثر من (500) شيكل، و هذه الفروق ذات دلالة إحصائية أقل من (0.01) في حين لم تلاحظ أي فروق أخرى بين مستويات الدخل الشهرية الأخرى لمرضى السكري.

لوحظ وجود فروق دالة إحصائياً بين مستويات الدخل الشهرية لمرضى السكري (دون 500 شيكل، 500_1000 شيكل، 1000_1500 شيكل، أكثر من 1500 شيكل) بالنسبة لدرجات التوافق الأسري، ولمعرفة دلالة الفروق بين مستويات الدخل الشهرية تم إجراء اختبار شيفي للمقارنات البعدية لتجانس التباين، فقد تبين أن مرضى السكري الذين مستوى دخلهم الشهري أقل من (500) شيكل لديهم توافق اسري أقل من مرضى السكري الذين مستوى دخلهم الشهري يتراوح بين (1000_1500) شيكل وكذلك مرضى السكري الذين مستوى دخلهم أكثر من (1500) شيكل، و هذه الفروق ذات دلالة إحصائية أقل من (0.01) في حين لم تلاحظ أي فروق أخرى بين مستويات الدخل الشهرية الأخرى لمرضى السكري.

لوحظ وجود فروق جوهريّة دالة إحصائياً بين مستويات الدخل الشهرية لمرضى السكري (دون 500 شيكل، 500-1000 شيكل، 1000-1500 شيكل، أكثر من 1500 شيكل) بالنسبة لدرجات التوافق النفسي العام، ولمعرفة دلالة الفروق بين مستويات الدخل الشهرية تم إجراء اختبار شيفي للمقارنات البعدية لتجانس التباين، فقد تبين أن مرضى السكري الذين مستوى دخلهم الشهري أقل من (500) شيكل لديهم توافق نفسي أقل من مرضى السكري الذين مستوى دخلهم الشهري أكثر من (500) شيكل، وهذه الفروق ذات دلالة إحصائية أقل من (0.01) في حين لم تلاحظ أي فروق أخرى بين مستويات الدخل الشهرية الأخرى لمرضى السكري.

في حين لوحظ عدم وجود فروق دالة إحصائياً بين مستويات الدخل الشهرية لمرضى السكري بالنسبة للتوافق الصحي و التوافق الاجتماعي، وعليه تحققت صحة الفرض جزئياً.

جدول (5:8) يوضح نتائج اختبارات المقارنات البعدية في مقياس التوافق النفسي وأبعاده
بالنسبة لمستوى الدخل الشهرية لمرضى السكري

التوافق النفسي	مستوى الدخل الشهري	المتوسط	أقل من 500 شيكل	500 – 1000 شيكل	1001 – 1500 شيكل	1500 شيكل فما فوق
التوافق الشخصي	أقل من 500 شيكل	21.5	1	**0.01	**0.006	*0.05
	500 – 1000 شيكل	24.3		1	0.954	0.997
	1001 – 1500 شيكل	24.9			1	0.901
	1500 شيكل فما فوق	24.0				1
التوافق الأسري	أقل من 500 شيكل	25.2	1	0.13	*0.03	*0.04
	500 – 1000 شيكل	27.1		1	0.91	0.96
	1001 – 1500 شيكل	27.9			1	0.998
	1500 شيكل فما فوق	27.7				1
التوافق النفسي	أقل من 500 شيكل	90.8	1	*0.04	*0.05	*0.03
	500 – 1000 شيكل	97.9		1	0.998	0.95
	1001 – 1500 شيكل	98.6			1	0.99
	1500 شيكل فما فوق	99.9				1

** P<0.01

*P<0.05

بالنظر للجدول (5:7 و 5:8) لوحظ وجود فروق دالة إحصائية بين مستويات الدخل الشهرية المختلفة والتوافق الشخصي لدى مرضى السكري، وتبين أن المرضى ذوي الدخل أقل من 500 شيكل لديهم توافق شخصي أقل من المرضى ذوي الدخل من (500_1000) شيكل ولم توجد فروق في مستويات الدخل الشهرية الأخرى لمرضى السكري وترى الباحثة أن ذلك يرجع إلى:

- التوافق الشخصي يحتاج لمستوى دخل جيد ليشبع الفرد حاجاته الأولية والثانوية ليحافظ على توازنه وتوافقه، ومستوى دخل أقل من (500) شيكل لا يكفي لإشباع حاجات الفرد الشخصية خاصة للفرد المريض بمرض مزمن، وكما ورد في الاطار النظري فالتوافق الشخصي يتطور تبعا لتطور مراحل الحياة المختلفة وأثناء المرض تزداد الحاجة للتوافق الشخصي حتى يحدث الاتزان في شخصية الفرد (الشحومي، 1989: 20) ومستوى الدخل القليل في ظل غلاء المعيشة في مجتمعنا نتيجة الحصار المستمر لقطاع غزة وازدياد البطالة لا يكفي لسد احتياجات الفرد الشخصية وبالتالي يؤثر على توافقه الشخصي.

- وكما أشار مرسي ومحمد (1986: 123) أن الوضع المادي والاقتصادي من العوامل المؤثرة على التوافق النفسي فمستوى الدخل الأقل من (500) شيكل لا يكفي لاحتياجات الفرد الشخصية وأيضا الأسرية كما أظهرت نتيجة الفرض وأيضا ذوي الدخل يتراوح من (500 _ 1000) شيكل هو أيضا قريب من الدخل القليل لأسرة لديها احتياجات كثيرة ولذلك لم يكن هناك فروق داله بين هذا المستوى من الدخل والمستوى الأقل من (500) شيكل، ولكن كان هناك فروق في مستوى الدخل (1000 _ 1500) شيكل ومستوى الدخل أكثر من (1500) شيكل وذلك لأنه يوجد فرق واضح بين الدخل الأقل من (500) شيكل ومستويات الدخل من (1000) شيكل وما فوق لان فوق (1000) شيكل يعتبر دخل متوسط يكفي لاحتياجات أسرة متوسطة العدد ولديها مريض سكري، ودخل (1500) شيكل وما فوق أفضل من غيره لأنه يكفي لسد الاحتياجات بشكل اكبر والاهتمام بمريض السكري بشكل أفضل، أما الأقل من ذلك تقل إشباع حاجاته الأولية والثانوية فتحاول الأسرة دائما توفير الضروري أولاً، وإن استطاع الإنسان توفير الحاجات الأولية والثانوية يستطيع أن يشبع الحاجات الأخرى حتى يصل إلى أعلى مستويات الإشباع وهي تحقيق الذات (عسكر وفرحان، 1991: 153) ويحقق التوافق وإن لم يستطع إشباع تلك الحاجات يؤدي إلى سوء التوافق وهذا ما يراه أصحاب النظرية الإنسانية.

ويعتبر مرسي ومحمد (1986: 123) أن الوضع الاقتصادي يعتبر من العقبات التي تمنع الفرد من تحقيق أهدافه وإشباع حاجاته.

- مستوى الدخل يصنف الناس لطبقات اجتماعية في المجتمع مما يؤثر على عملية التوافق النفسي وكما يرى أصحاب النظرية الاجتماعية أن الطبقات العليا يصيغون مشاكلهم بطابع نفسي لأن حاجاتهم الأولية والفسولوجية أشبعت ولكنهم يحتاجون لحاجات أخرى، أما الطبقات الدنيا يصيغون مشاكلهم بطابع فيزيقي لأن حاجاتهم الأولية لم تشبع (منصور، 2006: 85).

- وجود فروق دالة إحصائية بين مستوى الدخل والتوافق النفسي العام لصالح ذوي الدخل الأقل من (500) شيكل فهم لديهم توافق نفسي أقل من مرضى السكري ذوي الدخل

من (500 - 1000) شيكل، وبما انه مستوى الدخل القليل لا يكفي لإشباع حاجات الفرد الأولية من المنطقي أن يؤثر على حاجاته النفسية ويقلل من درجة التوافق النفسي كما أثر على التوافق الشخصي والأسري، وتختلف دراسة الحجار (2003) مع النتيجة الحالية حيث أظهرت عدم وجود فروق دالة إحصائية بين التوافق النفسي ومتغير دخل الأسرة، ودراسة الطويل (2000) حيث أظهرت عدم وجود فروق دالة في مستوى التوافق المدرسي ومستوى دخل الأسرة، بينما دراسة Maria & Goldston (1992) أظهرت أن المرضى الأعلى في المستوى الاقتصادي حصلوا على درجات أعلى في مقياس الذكاء مقابل الأقل في المستوى الاقتصادي.

- ويتضح من الجدول (5:8) عدم وجود فروق دالة إحصائية بين مستويات الدخل المختلفة لمرضى السكري والتوافق الصحي والاجتماعي، وذلك لعدة عوامل منها:
 - توفير العلاج مجاناً في المراكز الصحية سواء الحكومية أو وكالة الغوث أو بعض المؤسسات الصحية الغير حكومية.
 - الاهتمام الخاص من جميع المؤسسات الصحية بمرضى السكري وزيادة الوعي لدى هذه الفئة عن طريق التثقيف الصحي عن المرض ومضاعفاته والعلاج، واهتمام المؤسسات الصحية يعني اهتمام المجتمع.
 - زيادة معدل الفقر لمعظم الناس في قطاع غزة جعلهم يشعرون بمعاناة بعضهم وزاد ترابطهم الاجتماعي والتكافل بينهم سواء على الصعيد الفردي أو المجتمعي فبعد الحرب على قطاع غزة أصبحت المؤسسات المجتمعية تساهم أكثر في مساعدة الأسر المحتاجة والمتضررة مما أثر على التوافق الاجتماعي لدى الناس وهذا ينطبق على مرضى السكري برغم أن نقص الدخل يعتبر من الضغوط التي تؤثر على صحة الفرد الجسدية والنفسية والاجتماعية مع إعتبار الفروق الفردية.

الفرض الخامس : " توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى دلالة إحصائية في التوافق النفسي وأبعاده تبعاً للمستوى التعليمي لمرضى السكري".
للتحقق من صحة الفرض تم حساب معامل F (تحليل التباين الأحادي - One-Way ANOVA) فجاءت النتائج على النحو التالي :

جدول (5:9) يوضح نتائج تحليل التباين الأحادي في التوافق النفسي وأبعاده حسب المستوى التعليمي للمرضى

مستوى الدلالة	قيمة (ف)	متوسط المربعات	درجات الحرية	مجموع المربعات	مصدر التباين	مجالات الدراسة
**0.001	4.9	147.9	4	591.6	بين المجموعات	التوافق الشخصي
		30.2	295	8915.8	داخل المجموعات	
			299	9507.4	المجموع	
**0.001	12.7	558.4	4	2233.7	بين المجموعات	التوافق الصحي
		44.0	295	12968.0	داخل المجموعات	
			299	15201.7	المجموع	
*0.041	2.5	68.0	4	272.0	بين المجموعات	التوافق الأسري
		27.0	295	7962.6	داخل المجموعات	
			299	8234.5	المجموع	
//0.096	2.0	45.5	4	182.0	بين المجموعات	التوافق الاجتماعي
		22.9	294	6725.7	داخل المجموعات	
			298	6907.6	المجموع	
**0.001	7.6	2333.3	4	9333.2	بين المجموعات	التوافق النفسي
		308.4	294	90673.7	داخل المجموعات	
			298	100006.9	المجموع	

** P<0.01

*P<0.05

// P>0.05

لوحظ وجود فروق دالة إحصائية بين المستويات التعليمية المختلفة لمرضى السكري (أمي، دون الثانوية، الثانوية العامة، دبلوم، جامعي فما فوق) بالنسبة لدرجات التوافق الشخصي، ولمعرفة دلالة الفروق بين المستويات التعليمية تم إجراء اختبار Dunnett's c للمقارنات البعدية لعدم تجانس التباين، فقد تبين أن مرضى السكري الحاصلين على شهادة الدبلوم المتوسط لديهم توافق شخصي أكثر من المرضى غير المتعلمين والمرضى الحاصلين على شهادات أقل من ثانوية وكذلك المرضى الحاصلين على شهادة الثانوية العامة، وهذه الفروق ذات دلالة إحصائية أقل من (0.01) في حين لم تلاحظ أي فروق بين المستويات التعليمية الأخرى .

لوحظ وجود فروق دالة إحصائية بين المستويات التعليمية المختلفة لمرضى السكري (أمي، دون الثانوية، الثانوية العامة، دبلوم، جامعي فما فوق) بالنسبة لدرجات التوافق الصحي، ولمعرفة دلالة الفروق بين المستويات التعليمية تم إجراء اختبار شيفيه للمقارنات البعدية لتجانس التباين، فقد تبين أن مرضى السكري غير المتعلمين لديهم توافق صحي أقل من

المرضى الحاصلين على شهادات أقل من ثانوية وكذلك المرضى الحاصلين على شهادة الثانوية العامة والحاصلين على شهادة الدبلوم المتوسط و المرضى الحاصلين على شهادة الجامعة فما فوق، وكذلك تبين أن المرضى الحاصلين على شهادة الدبلوم المتوسط لديهم توافق صحي أكثر من المرضى الحاصلين على شهادات أقل من الثانوية، وهذه الفروق ذات دلالة إحصائية أقل من (0.01) في حين لم تلاحظ أي فروق بين المستويات التعليمية الأخرى.

لوحظ وجود فروق دالة إحصائية بين المستويات التعليمية المختلفة لمرضى السكري (أمي، دون الثانوية، الثانوية العامة، دبلوم، جامعي فما فوق) بالنسبة لدرجات التوافق الأسري، ولمعرفة دلالة الفروق بين المستويات التعليمية تم إجراء اختبار Dunnett's c للمقارنات البعدية لعدم تجانس التباين، فقد تبين أن مرضى السكري الحاصلين على شهادات جامعية فما فوق لديهم توافق أسري أكثر من المرضى الغير متعلمين، و هذه الفروق ذات دلالة إحصائية أقل من (0.01) في حين لم تلاحظ أي فروق بين المستويات التعليمية الأخرى .

لوحظ وجود فروق دالة إحصائية بين المستويات التعليمية المختلفة لمرضى السكري (أمي، دون الثانوية، الثانوية العامة، دبلوم، جامعي فما فوق) بالنسبة لدرجات التوافق النفسي العام، ولمعرفة دلالة الفروق بين المستويات التعليمية تم إجراء اختبار شيفيه للمقارنات البعدية لعدم تجانس التباين، فقد تبين أن مرضى السكري غير المتعلمين لديهم توافق نفسي أقل من المرضى الحاصلين على شهادات أقل من ثانوية وكذلك المرضى الحاصلين على شهادة الثانوية العامة والحاصلين على شهادة الدبلوم المتوسط و المرضى الحاصلين على شهادة الجامعة فما فوق، و هذه الفروق ذات دلالة إحصائية أقل من (0.01) في حين لم تلاحظ أي فروق بين المستويات التعليمية الأخرى .

لوحظ عدم وجود فروق دالة إحصائية بين المستويات التعليمية المختلفة لمرضى السكري (أمي، دون الثانوية، الثانوية العامة، دبلوم، جامعي فما فوق) بالنسبة لدرجات التوافق الاجتماعي، الأمر الذي يشير إلى تحقق الفرض جزئياً.

جدول (5:10) يوضح نتائج اختبارات المقارنات البعدية في مقياس التوافق النفسي وأبعاده بالنسبة للمستوى التعليمي لمرضى السكري

التوافق النفسي	المستوى التعليمي	المتوسط	غير متعلم	دون الثانوية	ثانوية عامة	دبلوم	جامعي فما فوق
التوافق الشخصي	غير متعلم	21.1	1	0.21	0.43	**0.01	0.20
	دون الثانوية	23.0		1	1.00	**0.01	0.95
	ثانوية عامة	22.9			1	**0.01	0.95
	دبلوم	26.3				1.00	0.66
	جامعي فما فوق	24.0					1.00
التوافق الصحي	غير متعلم	16.4	1	**0.01	**0.01	**0.01	**0.01
	دون الثانوية	21.0		1	1.00	*0.03	0.65
	ثانوية عامة	21.3			1	0.08	0.79
	دبلوم	25.8				1.00	0.72
	جامعي فما فوق	23.2					1.00
التوافق الأسري	غير متعلم	25.0	1	0.56	0.48	0.24	**0.01
	دون الثانوية	26.3		1	0.99	0.81	0.69
	ثانوية عامة	26.7			1	0.94	0.88
	دبلوم	27.8				1.00	0.98
	جامعي فما فوق	28.0					1.00
التوافق النفسي	غير متعلم	86.4	1	*0.03	*0.02	**0.01	**0.01
	دون الثانوية	95.0		1	0.97	0.13	0.66
	ثانوية عامة	97.0			1	0.42	0.93
	دبلوم	105.2				1.00	0.92
	جامعي فما فوق	100.7					1.00

** P<0.01

*P<0.05

- تبين من الجداول رقم (5:9- 5:10) أن المرضى الحاصلين على شهادة الدبلوم المتوسط لديهم توافق شخصي أكثر من المرضى الغير متعلمين أو الحاصلين على شهادات أقل من الثانوية العامة وأيضا الحاصلين على شهادات الثانوية العامة وذلك يرجع لعدة عوامل منها:

- التعليم يزيد قدرات الفرد على التفكير السليم والتفاعل والإبداع وقدرات الفرد المعرفية والثقافية.
- التعليم يزيد فهم الفرد للظواهر المحيطة به ويكسبه مهارات حل المشكلات والتكيف معها، ولذلك يستطيع مريض السكري المتعلم فهم طبيعة مرض السكري وأعراضه وما معنى مضاعفات السكري الخطيرة، ويساعده على تقبل الإرشادات والعلاج والاستمرارية به طول حياته وهذا يؤثر على توافقه الشخصي والصحي.
- دراسة الدبلوم المتوسط تعتبر مرحلة متوسطة بالتعليم الجامعي حيث يتلقى الفرد فيها علوم مختلفة باتساع أكثر من المرحلة الثانوية أو ما قبلها، وتعدد التخصصات في الدبلوم المتوسط يوسع من مدارك الفرد وتفكيره ومعلوماته المعرفية ولذلك لا توجد فروق بين مستوى الدبلوم المتوسط والدراسة الجامعية للتقارب بينهما.
- أصحاب المستويات التعليمية العالية يستطيعون مواجهة الضغوط النفسية في حياتهم اليومية بشكل أفضل من الأقل تعليماً.
- إن عالم الطب الحديث معقد جدا وإذا كان الفرد يفتقر لمهارات الكتابة والقراءة وفهم الأرقام فسيكون من الصعب عليه فهم الأمور المتعلقة بصحته، وأظهرت دراسة أعدتها Weliams (2007) أن الأمريكيين الذين لم يحصلوا على تعليم الثانوية يتراجع مستواهم الصحي بمرتين ونصف مقارنة بالأكثر تعليماً.
- اتفقت دراسة Telishevka et,al (2001) مع نتيجة الفرض حيث بينت أن الأسباب الكامنة وراء ارتفاع معدل الوفيات لدى مرضى السكري تتمثل في قلة وعي المرضى بمرضهم ومضاعفاته وبما ينبغي عليهم إتباعه وقلة وعيهم مرتبطة بمستواهم التعليمي.

- وجود فروق دالة إحصائياً بين المستويات التعليمية المختلفة لمرضى السكري ودرجات التوافق الأسري، وقد تبين أن مرضى السكري الحاصلين على شهادات جامعية فما فوق لديهم توافق أسري أكثر من المرضى الغير متعلمين، ترى الباحثة أن ذلك يرجع إلى:

- الشخص الحاصل على شهادة جامعية سواء مريض بالسكري أم لا، تكون لديه فرص العمل أكثر من الشخص الغير متعلم خاصة بالوظائف المتعلقة بالشهادات الجامعية وبالتالي قدرته على مشاركة الأسرة والتعاون معها في توفير احتياجاتها الضرورية.

- المريض المتعلم يستطيع أن يفهم أفراد أسرته ومدى حرصهم عليه عندما يقدمون له النصائح في إتباع العلاج والنظام الغذائي مما يزيد التفاعل بين أفراد الأسرة وشعور المريض بمحبة أسرته والسعادة معهم مما يؤثر على توافقه الأسري.
- يساعد التعليم الجامعي على المرونة في تقبل المواقف الجديدة في حياة الفرد بحكم المعرفة المتنوعة التي حصل عليها والمواقف المختلفة في التعامل مع الآخرين في الجامعة، والفرد الذي يتقبل المواقف الجديدة ويصدر استجابات ملائمة نحوها يكون أكثر توافقا في الأسرة والمجتمع الذي يعيش فيه أكثر من الفرد الذي يوصف بالجمود العقلي والفكري(فهيمي،1963: 42).
- التعليم الجامعي يزيد من معدل النضج لدى الفرد وهذا يساعده أكثر في التوافق والمشاركة الأسرية والاجتماعية، كما أشار الطحان (1987: 17) النضج يعطي مكانة وقوة ويمكن الفرد من التفكير السليم وتحمل المسؤولية وهذا يساعده على التوافق الأسري أكثر.
- وفي دراسة حديثة قام باحثون أمريكيون (2007) بالبحث عن تأثير المستوى التعليمي للوالدين في الحالة الصحية للأبناء وعلاقة المستوى التعليمي بمتغيرات أخرى كالوضع الاقتصادي، العمر والجنس وتأثيرها على الصحة، وقد تبين من الدراسة أن الأشخاص المستوى التعليمي لوالديهم أقل من الصف الثامن، كانوا يميلون للمعاناة من ضعف حالتهم الصحية عند بلوغهم مرحلة الرشد، بشكل أكبر ممن حصل والديهم على قسط أعلى من التعليم، وأن المستوى الاقتصادي والتقدم في العمر كان له دور في حالتهم الصحية.
- وتأثير المستوى التعليمي على التوافق الشخصي والصحي والأسري منطقيا هذه الأبعاد الثلاثة ستؤثر على التوافق النفسي العام كما ظهر في نتيجة الفرض.
- ومن نتائج الفرض عدم وجود فروق دالة إحصائية بين المستويات التعليمية المختلفة لمرضى السكري ودرجات التوافق الاجتماعي، يرجع ذلك إلى:
- أن الفرد المتعلم والغير متعلم يلتزم بأخلاقيات المجتمع ومسايرة معاييره الاجتماعية المقبولة مع اعتبار الفروق الفردية.
- العلاقات الاجتماعية بين أفراد المجتمع لا ترتبط بالمستوى التعليمي أو بالمرض فهي علاقات تكون إما أسرية أو علاقات نسب أو صداقة وترجع إلى الشعور بالارتياح نحو الآخرين، فنجد أحيانا شخص غير متعلم لديه صديق صاحب شهادة جامعية ربما توجد بينهم صفات مشتركة غير التعليم.

- المجتمع بمؤسساته الصحية والنفسية والمجتمعية يهتم بمرضى السكري ومرضى الأمراض المزمنة دون التمييز بينهم حسب المستوى التعليمي ولكن الهدف المحافظة على توازن المرضى الصحي والنفسي هذا بعد ذاته يساعد على التوافق الاجتماعي، وكما أشار زهران (1997:27) أن التفاعل الاجتماعي السليم وإقامة العلاقات مع أفراد المجتمع يؤدي إلى الصحة الاجتماعية والتوافق الاجتماعي.

الفرض السادس: " لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في درجات التوافق النفسي وأبعاده لدى مرضى السكري تعزي لنوع الجنس (ذكور، إناث) ."

لاختبار صحة الفرض قامت الباحثة باستخدام اختبار (ت) (Independent - Sample T-Test) لعينتين مستقلتين للمقارنة بين متوسطي درجات الذكور والإناث في التوافق النفسي وأبعاده، ويتضح ذلك من خلال الجدول التالي:

جدول (5:11) يبين نتائج اختبار (ت) للمقارنة بين متوسطي درجات الذكور و الإناث في التوافق النفسي وأبعاده

مستوى الدلالة	قيمة "ت"	إناث		ذكور		التوافق النفسي
		الانحراف المعياري	المتوسط	الانحراف المعياري	المتوسط	
**0.001	3.52	6.1	21.8	4.8	24.1	التوافق الشخصي
**0.001	4.36	7.1	18.9	6.7	22.4	التوافق الصحي
**0.001	3.27	5.8	25.4	4.3	27.4	التوافق الأسري
**0.01	2.77	5.4	24.1	4.0	25.6	التوافق الاجتماعي
**0.001	4.50	19.2	90.2	16.1	99.5	التوافق النفسي

** P<0.01 درجة الحرية 298

*P<0.05

// P>0.05

يتضح من خلال جدول (5:11) ما يلي:

- لوحظ وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسط درجات الذكور ومتوسط درجات الإناث في التوافق النفسي ($t\text{-test}=4.5, p<0.05$) والفروق كانت لصالح الذكور، وهذا يدل على أن الذكور لديهم توافق نفسي أكثر من الإناث.
- لوحظ وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسط درجات الذكور ومتوسط درجات الإناث في التوافق الشخصي، ($t\text{-test}= 3.5, P<0.05$) والفروق كانت لصالح الذكور، وهذا يدل على أن الذكور لديهم توافق شخصي أكثر من الإناث.

- لوحظ وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسط درجات الذكور ومتوسط درجات الإناث في التوافق الصحي ($t\text{-test}= 4.36, P<0.05$) والفروق كانت لصالح الذكور، وهذا يدل على أن الذكور لديهم توافق صحي أكثر من الإناث.

- لوحظ وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسط درجات الذكور ومتوسط درجات الإناث في التوافق الأسري ($t\text{-test}= 3.27, P<0.05$) والفروق كانت لصالح الذكور، وهذا يدل على أن الذكور لديهم توافق أسري أكثر من الإناث.

- لوحظ وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسط درجات الذكور ومتوسط درجات الإناث في التوافق الاجتماعي، ($t\text{-test}= 2.77, P<0.05$) والفروق كانت لصالح الذكور، وهذا يدل على أن الذكور لديهم توافق اجتماعي أكثر من الإناث وعليه لم تتحقق صحة الفرض.

- بالنظر للجدول (5:11) تبين وجود فروق دالة إحصائية بين متوسطي درجات الذكور والإناث في التوافق النفسي وأبعاده الشخصي والصحي والأسري والاجتماعي لصالح الذكور وترى الباحثة أن ذلك يرجع إلى:

- اختلاف طبيعة الذكور الجسدية والعقلية والفكرية عن الإناث.
- قدرة الذكور على تحمل أعباء الحياة أكثر من الإناث وهذا لا يرجع فقط لاختلاف الطبيعة الجسدية التي ميز بها الله عز وجل الذكور ولكن يرجع أيضا إلى التنشئة الاجتماعية في المجتمع العربي عامة والمجتمع الفلسطيني خاصة حيث تلقى المسؤولية على الرجال في أغلب الأحيان مما يكسب الرجال القدرة على التحمل والتأقلم مع الظروف المختلفة.
- برغم عمل المرأة ومساعدتها للرجل في أعباء الحياة لكن المسؤولية الأسرية لمقاة على الرجل في أغلب الأحيان.
- العادات والتقاليد في المجتمع الفلسطيني تظهر دائما قدرات الذكور وتفضلهم في أمور الحياة أكثر من الإناث مثل تفضيل تعليم الذكور على الإناث وتزويج الإناث في سن مبكرة لتخفيف أعباء الأسرة الاقتصادية .
- تتفق دراسة الجدي (2006) مع هذه النتيجة حيث أشارت إلى وجود فروق في جودة الحياة بين الجنسين وكانت لصالح الذكور، ودراسة Gravels (2006) أشارت إلى أن مهارات المواجهة لدى النساء ضعيفة أكثر من الرجال ولوحظ انتشار الانعزالية لدى الإناث أكثر من الرجال، ودراسة يونس (2004) أظهرت أن مستوى جودة الحياة لدى الذكور أعلى من الإناث، ودراسة رضوان (2002) أظهرت وجود فروق دالة في القلق لدى مرضى السكري تعزى لمتغير الجنس لصالح الإناث، ودراسة Lloyd (2000) أظهرت ارتفاع أعراض الاكتئاب لدى مرضى السكري الذكور أكثر من الإناث بينما أعراض القلق كانت مرتفعة لدى

• الإناث أكثر من الذكور، وأظهرت دراسة منصور (2006) عدم وجود فروق بين الجنسين في مجال التوافق الجسدي والتوافق العام، بينما توجد فروق بين الجنسين في مجال التوافق النفسي والأسري والانسجامي لصالح الذكور وفروق في التوافق الاجتماعي لصالح الإناث، واختلفت دراسة الطويل (2000) مع نتيجة الفرض حيث أظهرت عدم وجود فروق دالة في مستوى التوافق المدرسي بين الذكور والإناث.

الفرض السابع: " لا توجد علاقة ارتباطية دالة إحصائياً بين التوافق النفسي وأبعاده و العمر لدى مرضى السكري ".

للتحقق من مدى صحة هذا الفرض تم حساب معامل ارتباط العزوم "بيرسون" بين درجات التوافق النفسي و العمر لدى مرضى السكري، ويوضح الجدول التالي النتائج المتعلقة بهذا الفرض:

جدول (5:12) يوضح معاملات الارتباط (r) بين درجات التوافق النفسي و العمر لدى

مرضى السكري

مستوى الدلالة	معامل ارتباط بيرسون	العدد	التوافق النفسي
//0.90	0.01	300	التوافق الشخصي
**0.001	-0.23	300	التوافق الصحي
//0.22	0.07	300	التوافق الأسري
//0.29	0.06	300	التوافق الاجتماعي
//0.36	-0.05		التوافق النفسي العام

** دالة عند 0.001 * دالة عند 0.05 // غير دالة

تبين من الجدول السابق ما يلي :

- وجود علاقة عكسية دالة إحصائياً بين التوافق الصحي والعمر لدى مرضى السكري (r=-0.23, p-value<0.05) وهذا يدل على أن كلما زاد العمر لدى مرضى السكري كلما قل التوافق الصحي عند مرضى السكري و العكس صحيح .
- لوحظ عدم وجود علاقة إرتباطية دالة إحصائياً بين العمر لدى مرضى السكري و التوافق النفسي والتوافق الشخصي والتوافق الأسري والتوافق الاجتماعي، وهذا يدل على عدم وجود علاقة بين متغير العمر والتوافق النفسي وأبعاده التالية (التوافق الشخصي، التوافق الأسري، والتوافق الاجتماعي) الأمر الذي يشير إلى تحقق الفرض جزئياً.

- يتضح من الجدول رقم (5:12) وجود علاقة عكسية دالة إحصائياً بين التوافق الصحي والعمر لدى مرضى السكري وأنه كلما زاد العمر قل التوافق الصحي لدى مرضى السكري، وتري الباحثة أن ذلك يرجع إلى:

- التقدم في العمر يعتبر نقطة تحول تحدث فيها تغيرات فسيولوجية ونفسية، فنقل قدرات الفرد الجسمية والعقلية هذا بالنسبة للفرد الغير مريض، فما بالنسبة بمرضى السكري كمرض مزمن وخطير بمضاعفاته وملازمته للمريض طول حياته، فمرض السكري يزيد من ضعف القدرات الجسمية خاصة عند المرضى الغير محافظين على صحتهم.
- كلما زادت عدد سنوات الإصابة بمرض السكري تصيب المريض مشاعر الإحباط والملل ويقل التوافق الصحي كما ثبت في الفرض الثاني، واتفقت دراسة Siue (2001) مع نتيجة الفرض حيث بينت أن مرضى السكري يعانون من أعراض القصور الجنسي وأن هذه الأعراض تزداد حدتها بزيادة عدد سنوات المرض أي زيادة العمر، وهذا يزيد من الشعور بالإحباط ويقلل من التوافق الصحي، ودراسة الجدي (2006) أظهرت انخفاض مستوى جودة الحياة لدى كبار السن من المرضى بشكل أكبر من غيرهم.

- أيضاً تبين من الجدول رقم (5:12) عدم وجود علاقة ارتباطية دالة إحصائياً بين العمر والتوافق الشخصي والأسري والاجتماعي والتوافق النفسي العام ويرجع ذلك إلى:

- المساندة الأسرية والاجتماعية الداعمة لمرضى السكري.
- وسائل الإعلام والاتصال الحديثة التي تعتبر من العوامل المؤثرة في التوافق، كما أشار Storow (1990: 652) هذه الوسائل تساعد في نشر التوعية عن مرض السكري ومضاعفاته وطرق علاجه وكيفية التأقلم معه، وتقديم البرامج التي تؤثر في سلوك المرضى كباراً وصغاراً.
- اهتمام القطاع الصحي بفئة مرضى السكري وتقديم العلاج مجاناً لهم باختلاف الفئات العمرية مما يخفف من الأعباء المادية وذلك يساعد في التوافق الشخصي، وتتفق دراسة الحجار (2003) مع نتيجة الفرض حيث أظهرت عدم وجود فروق دالة إحصائياً بين التوافق النفسي والعمر لدى مريضات سرطان الثدي.

الفرض الثامن: " توجد فروق ذات دلالة إحصائية في قوة الأنا تبعا لعدد سنوات الإصابة بمرض السكري".

للتحقق من صحة الفرض تم حساب معامل F (تحليل التباين الأحادي - One-Way ANOVA) فجاءت النتائج على النحو التالي :

جدول (5:13) يوضح نتائج تحليل التباين الأحادي في قوة الأنا حسب سنوات الإصابة بمرض السكري

مصدر التباين	مجموع المربعات	درجات الحرية	متوسط المربعات	قيمة (ف)	مستوى الدلالة
بين المجموعات	79.0	2	39.5	2.2	//0.1
داخل المجموعات	5366.8	297	18.1		
المجموع	5445.8	299			

** P<0.01 *P<0.05 // P>0.05

يلاحظ من الجدول السابق عدم وجود فروق دالة إحصائية في قوة الأنا حسب عدد سنوات الإصابة بمرض السكري (1 - 3 سنوات ، 4-6 سنوات ، 7 فما فوق) وعليه لم تتحقق صحة الفرض.

بالنظر للجدول (5:13) تبين عدم وجود فروق دالة في قوة الأنا حسب عدد سنوات الإصابة بمرض السكري ترى الباحثة أن ذلك يرجع إلي:

قوة الأنا سمة من سمات الشخصية والتي تنمو مع نمو الفرد وتتشكل من خلال عدة عوامل منها التنشئة الاجتماعية، والفرد الذي يمتلك قوة أنا جيدة أو ضعيفة تكن معه منذ الصغر وليست نتيجة أصابته بمرض مزمن على الرغم أنه كلما زاد عدد سنوات الإصابة بمرض السكري مع زيادة عمر المريض تقل قدرات المريض الجسمية والعقلية وتقل قدرته على مواجهة المشاكل والضغوط النفسية.

- وأنه مع زيادة عدد سنوات الإصابة بالمرض يشعر المريض بالإحباط والملل من مصاحبة المرض وأخذ العلاج والخوف من المرض ومضاعفاته عند بعض المرضى، مثل خوف المرضى الذكور من أخذ العلاج حيث أنهم يعتقدون أن العلاج يؤثر على قدرتهم الجنسية والإنجابية برغم أن عدم المحافظة على نسبة السكر في الدم لسنوات طويلة هي من تسبب في ضعف القدرات الجسمية ومنها القدرة الجنسية وذلك الشعور عند المرضى يؤدي إلى ضعف قوة الأنا وتضعف إرادتهم في مواجهة المشاكل فذلك لا يعتبر تعميم لكل مرضى السكري فهناك فروق فردية يجب أخذها بالاعتبار وأيضا البيئة المحيطة بالفرد حيث الدعم

الاسري والاجتماعي يساعد على تقبل الصعوبات ويزيد من قدرة المريض على مواجهة المرض ومضاعفاته، وأيضا قوة الأنا من المتغيرات النفسية التي تتأثر بالمواقف الصعبة التي يتعرض لها الفرد في حياته فمن الممكن أن تزيد أو تقل حسب شخصية الفرد وقدراته على المواجهة، وحيث أشارت دراسة Siue (2001) أن نسبة (63.6%) من أفراد عينة الدراسة يعانون من أعراض القصور الجنسي وتزيد هذه الأعراض وحدثها بزيادة عدد سنوات الإصابة بالمرض مما يؤدي الي ضعف قوة الإرادة والمواجهة فهذه الدراسة تختلف مع نتيجة الفرض، واختلفت دراسة K.Humlde et,al (2006) مع نتيجة الفرض حيث أظهرت وجود أعراض القلق وزيادة أعراض العدوانية في بداية اكتشاف المرض ولكن بعد (3) سنوات من الدراسة بدأت الأعراض تقل، وأيضا اختلفت دراسة رضوان(2002) أظهرت وجود فروق دالة تعزى لمتغير تاريخ المرض لصالح المجموعة أكثر من (18) سنة، ومن المشاكل المصاحبة لمرض السكري الاضطرابات النفسية مثل القلق واضطراب النوم وصعوبة التوافق والخوف وعدم الثقة بالنفس كما أشار Lustman (1988: 124) كل هذه الاضطرابات تزيد عند المرضى الغير محافظين على نسبة السكر الطبيعية في الدم وتؤدي إلى تطور المرض والإصابة بالمضاعفات، وضعف الإرادة مما يعنى ضعف قوة الأنا عند شعور المريض بعدم ثقة بالنفس تضعف معها قوة ارادته.

- من الدراسات التي أشارت إلى قوة الأنا أو القدرة على المواجهة ولكن لم تبحث متغير عدد سنوات الإصابة بالمرض دراسة الجدي(2006) حيث أظهرت انخفاض مستوى جودة الحياة لدى مرضى السكري خاصة في الجوانب النفسية، ودراسة يونس (2004) أظهرت وجود فروق بين منخفضي ومرتفعي المشكلات النفسية في مستوى جودة الحياة لصالح منخفضي المشكلات النفسية، ودراسة Gravels (2006) التي بينت أن مهارات المواجهة كانت ضعيفة ولكن عند الإناث أكثر من الرجال والانعزالية والاستسلام أيضا عند الإناث أكثر من الرجال، والانعزالية والاستسلام من مزايا الأنا الضعيفة أو ضعف الإرادة والشخصية.

الفرض التاسع: "توجد فروق ذات دلالة إحصائية في قوة الأنا تبعا لنوع مرض السكري. للتحقق من صحة الفرض تم حساب اختبار "ت" فجاءت النتائج على النحو التالي:

جدول (5:14) نتائج اختبار "ت" في قوة الأنا حسب نوع مرض السكري

مستوى الدلالة	اختبار "ت"	الانحراف المعياري	المتوسط	العدد	نوع السكري	قوة الأنا
//0.90	0.13	3.3	27.0	46	المعتمد على الأنسولين	قوة الأنا
		4.5	26.9	243	المعتمد على حبوب السكر	

** P<0.01 *P<0.05 // P>0.05

تبين من الجدول السابق عدم وجود فروق دالة إحصائية بين نوع الإصابة بمرض السكري (المعتمد على الأنسولين، المعتمد على حبوب السكر) بالنسبة لدرجات لقوة الأنا، وعليه فلم تتحقق صحة الفرض.

وللتعرف على الفروق في قوة الأنا حسب نوع مرض السكري لدى الإناث فكانت النتائج على النحو التالي:

جدول (5:15) يوضح نتائج تحليل التباين الأحادي في قوة الأنا حسب نوع مرض السكري لدى الإناث

مستوى الدلالة	قيمة (ف)	متوسط المربعات	درجات الحرية	مجموع المربعات	مصدر التباين
//0.4	1.0	17.0	2	34.0	بين المجموعات
		16.7	153	2547.6	داخل المجموعات
			155	2581.6	المجموع

** P<0.01 *P<0.05 // P>0.05

أظهرت النتائج الموضحة في الجدول السابق عدم وجود فروق دالة إحصائية في قوة الأنا حسب نوع الإصابة بمرض السكري (المعتمد على الأنسولين، المعتمد على حبوب السكر، سكر الحمل) لدى الإناث.

بالنظر للجدول رقم (5:14) و(5:15) تبين عدم وجود فروق دالة إحصائية بين نوع مرض السكري ودرجات قوة الأنا ترى الباحثة أن ذلك يرجع إلى:

- قوة الأنا أو الذات أو قوة الشخصية لا تتحدد بنوع المرض سواء سكري النوع الأول المعتمد على الأنسولين أو الثاني المعتمد على الحبوب أو سكري الحمل، وكما ورد في الإطار النظري تتحدد قوة الأنا إلى حد ما بالسلوك الذي تحركه الدوافع، وقدرتها على مواجهة الصعوبات الانفعالية وقدرة الفرد على أن يحقق التوافق كما أشار طه (1993: 639).

- مرضى السكري بأنواعه يحتاجون لإرادة قوية تتحمل الإحباطات الموجودة في البيئة والتكيف مع المرض ومضاعفاته.
- قوة الأنا أحد العوامل التي تمكن الفرد من التخطيط وال ضبط والمحافظة على أداء الفرد ونشاطه (موسى، 1997: 83) ومريض السكري يحتاج لمثل هذه القوة والإرادة سواء مصاب بالنوع الأول أو الثاني من مرض السكري أوسكري الحمل، ولكن تختلف من مريض لآخر وقدرة مريض السكري المحافظة على نسبة السكر الطبيعية في الدم لتفادي مضاعفات السكري، حيث أشار Marion (1999: 32) أن مرضى السكري الذين لا يحافظون على نسبة السكر الطبيعية في الدم هم أشد عرضة لحدوث أمراض القلب والفشل الكلوي وأمراض العيون وكلها من مضاعفات السكري.
- مرض السكري بأنواعه المختلفة يعتبر من الضغوط الملازمة للمريض طوال حياته ولذلك يحتاج لإرادة قوية ليعالج هذه الضغوط ويحتاج بذلك لعدة عوامل منها استخدام مهاراته وقدراته الموجودة بأقصى طاقة ممكنة وعوامل داعمة كالمساندة الاجتماعية والسلوك الديني وهذه بدورها تساعد على قوة الإرادة والصبر وتزيد من قوة الأنا وترى الباحثة أن هذه العوامل متوفرة لدى أفراد المجتمع الفلسطيني، وأشار عبد الوهاب (2007: 3) من مؤشرات قوة الأنا القدرة على معالجة الضغوط البيئية الدافعية والانفعالية وتعني الضبط الكافي عند التعامل مع الآخرين وعدم معالجة الضغوط الخارجية ونقص الوعي والإدراك تعتبر من مؤشرات الأنا الضعيفة.
- أياً كان نوع مرض السكري تظهر عدة أعراض يعاني منها المريض بنسب متفاوتة حسب حدة المرض وليس لها علاقة بنوع مرض السكري، وبحثت دراسة Gravels (2006) مهارات المواجهة لدى مرضى السكري وأظهرت الدراسة أن مهارات المواجهة ضعيفة لدى مرضى السكري خاصة النساء، ودراسة رضوان (2002) حيث أظهرت وجود علاقة ارتباطية سالبة بين القلق والسلوك الديني لدى مرضى السكري وإنه كلما زاد مستوى القلق قل مستوى السلوك الديني والعكس والسلوك الديني يعتبر من العوامل المؤثرة على قوة الإرادة والصبر.

الفرض العاشر: " توجد فروق ذات دلالة إحصائية في قوة الأنا تبعا لمستوى الدخل الشهري لمرضى السكري".

للتحقق من صحة الفرض تم حساب معامل F (تحليل التباين الأحادي - One-Way

ANOVA) فجاءت النتائج على النحو التالي:

جدول (5:16) يوضح نتائج تحليل التباين الأحادي في قوة الأنا حسب مستويات الدخل المختلفة لمرضى السكري

مصدر التباين	مجموع المربعات	درجات الحرية	متوسط المربعات	قيمة (ف)	مستوى الدلالة
بين المجموعات	352.54	3	117.51	6.83	**0.001
داخل المجموعات	5093.27	296	17.21		
المجموع	5445.81	299			

** P<0.01 *P<0.05 // P>0.05

أظهرت النتائج الموضحة في الجدول السابق على وجود فروق دالة إحصائياً بين مستويات الدخل الشهرية لمرضى السكري (دون 500 شيكل، 500-1000 شيكل، 1000-1500 شيكل، أكثر من 1500 شيكل) بالنسبة لدرجات قوة الأنا، ولمعرفة دلالة الفروق بين مستويات الدخل الشهرية تم إجراء اختبار شيفي للمقارنات البعدية لتجانس التباين، فقد تبين أن مرضى السكري الذين مستوى دخلهم الشهري أقل من (500) شيكل لديهم قوة أنا أقل من مرضى السكري الذين مستوى دخلهم الشهري أكثر من (1500) شيكل، و هذه الفروق ذات دلالة إحصائية، في حين لم تلاحظ أي فروق أخرى بين مستويات الدخل الشهرية الأخرى لمرضى السكري، الأمر الذي يشير إلى تحقق صحة الفرض.

جدول (5:17) يوضح نتائج اختبارات المقارنات البعدية في قوة الأنا بالنسبة لمستوى الدخل الشهري لمرضى السكري

مستوى الدخل الشهري	المتوسط	أقل من 500 شيكل	1000-500 شيكل	1500-1000 شيكل	1500 شيكل فما فوق
أقل من 500 شيكل	26.0	1	0.26	0.48	**0.01
شيكـل 500-1000	27.3		1	0.99	0.21
شيكـل 1000 - 1500	27.1			1	0.21
شيكـل فما فوق 1500	29.0				1

** P<0.01 *P<0.05

تبين من الجداول رقم (5:16 و 5:17) وجود فروق دالة إحصائياً بين مستوى الدخل الشهرية لمرضى السكري وأن الذين مستوى دخلهم أقل من 500 شيكل لديهم قوة أنا أقل من مرضى السكري الذين مستوى دخلهم أكثر من (1500) شيكل.

ترى الباحثة أن ذلك يرجع إلى:

مستوى الدخل أقل من (500) شيكل لا يكفي لإشباع حاجات الفرد الأولية مما يؤدي إلى شعور المريض بالإحباط، وعدم الثقة بالنفس خاصة إذا كان المريض لديه أسرة تحتاج لمتطلبات متعددة، هذه المشاعر السيئة تضعف من قدرة الفرد على التحكم في تصرفاته، ويؤدي ذلك إلى ضعف في شخصيته فالمشاعر السلبية تضعف الفرد من الداخل كما أشار مرسى ومحمد (125:1986) إن الفقر ومستوى الدخل السيئ يمنع الناس من تحقيق أهدافهم ويسبب لهم الشعور بالإحباط، ويضعف الأنا والإرادة لدى البعض منهم، حيث ذكر موسى (1997: 32) أن معايير قوة الأنا القدرة على تحمل التهديد الخارجي، وتحمل الفرد للفشل والاحباطات الموجودة في بيئته ومن ضمنها مستوى الدخل.

فإذا لم يستطيع الفرد التحمل تضعف إرادته ويقع فريسة للمرض النفسي وبذلك تتأثر قوة الأنا بمستوى الدخل مع اعتبار الفروقات الفردية بين مرضى السكري. التوافق كما أشار الخطيب (2004: 148) هو انسجام الفرد مع ذاته وبيئته، ويرى بارون (1963) أن قوة الأنا هي القدرة على التكيف في مواجهة مشكلات الحياة وأنها الكفاءة والفاعلية في المواقف المختلفة، من كلا التعريفين ترى الباحثة أنه يوجد علاقة مشتركة بين التوافق وقوة الأنا وهي انسجام الفرد مع نفسه وبيئته فإن زادت درجة التوافق النفسي لدى مريض السكري تزيد قوة الأنا لدى المريض والعكس، وثبت في الفرض الأول هذه العلاقة، وكما ثبت في الفرض الرابع أنه يوجد فروق في مستوى الدخل الأقل من (500) شيكل والمستويات الأكثر من (1000) شيكل أو الأكثر من (1500) شيكل كما أثبتت نتيجة هذا الفرض، أما مستوى الدخل أكثر من (1500) شيكل يكفي لسد احتياجات الفرد الأولية والثانوية ولذلك توجد فروق بين هذا المستوى ومستوى الدخل الأقل من (500) شيكل أما المستويات الأخرى فهي تعتبر مستوى دخل متوسطة تكفي لتلبية احتياجات الفرد نسبيا مع اعتبار حجم الأسرة للمريض ومتطلباتها المختلفة، تختلف دراسة الشميمري (1996) حيث أظهرت عدم وجود فروق دالة في قوة الأنا تبعاً للمستوى الاقتصادي.

الفرض الحادي عشر : " توجد فروق ذات دلالة إحصائية في قوة الأنا تبعاً للمستوى التعليمي لمرضى السكري ."

للتحقق من صحة الفرض تم حساب معامل F (تحليل التباين الأحادي - One-Way

ANOVA) فجاءت النتائج على النحو التالي:

جدول (5:18) يوضح نتائج تحليل التباين الأحادي في قوة الأنا حسب المستوى التعليمي للمرضى

مصدر التباين	مجموع المربعات	درجات الحرية	متوسط المربعات	قيمة (ف)	مستوى الدلالة
بين المجموعات	821.92	4	205.48	13.11	**0.001
داخل المجموعات	4623.89	295	15.67		
المجموع	5445.81	299			

** P<0.01 *P<0.05 // P>0.05

أظهرت النتائج الموضحة في الجدول السابق وجود فروق دالة إحصائية بين المستويات التعليمية المختلفة لمرضى السكري (أمي، دون الثانوية، الثانوية العامة، دبلوم، جامعي فما فوق) بالنسبة لدرجات قوة الأنا، ولمعرفة دلالة الفروق بين المستويات التعليمية تم إجراء اختبار Dunnett's c للمقارنات البعدية لعدم تجانس التباين، فقد تبين أن مرضى السكري الغير متعلمين لديهم قوة أقل من المرضى الحاصلين شهادة الثانوية العامة وكذلك المرضى الحاصلين علي شهادة الدبلوم المتوسط وكذلك المرضى الحاصلين على شهادات جامعية فما فوق، كما تبين أن المرضى الحاصلين على شهادات أقل من الثانوية لديهم قوة أقل من المرضى الحاصلين على شهادة الدبلوم المتوسط و المرضى الحاصلين على شهادات جامعية فما فوق، في حين لم تلاحظ أي فروق بين المستويات التعليمية الأخرى، الأمر الذي يشير إلى تحقق صحة الفرض.

جدول (5:19) يوضح نتائج اختبارات المقارنات البعدية في قوة الأنا بالنسبة للمستوى التعليمي لمرضى السكري

المستوى التعليمي	المتوسط	غير متعلم	دون الثانوية	ثانوية عامة	دبلوم	جامعي فما فوق
غير متعلم	24.8	1	0.14	**0.01	**0.01	**0.01
دون الثانوية	26.3		1	0.15	*0.04	**0.01
ثانوية عامة	28.0			1	0.97	0.25
دبلوم	28.7				1	0.80
جامعي فما فوق	30.1					1

* دالة عند 0.05 ** دالة عند 0.01

- تبين من الجداول (5:18) و(5:19) أن مرضى السكري الغير متعلمين لديهم قوة أقل من المرضى الحاصلين على شهادة الثانوية العامة وأيضاً الدبلوم المتوسط والشهادة الجامعية وما فوق وأنه كلما قل المستوى التعليمي قلت درجة قوة الأنا.

- ترى الباحثة أن ذلك يرجع إلى:

- التعليم يزيد المعرفة وهي تزيد الثقة بالنفس وبالتالي تزيد قوة الشخصية والقدرة على التحكم في الذات.
- التعليم يزيد من قدرة الفرد العقلية والفكرية وتقدير الفرد لذاته، وكما أشار موسى (1997 : 84) من مؤشرات قوة الأنا تقدير الذات وشعور الفرد بأنه يستحق الاهتمام.
- التعليم يزيد من نضج ووعي وإدراك الفرد لنفسه وبيئته وقدرته على إقامة علاقات اجتماعية سوية مع الآخرين وذلك يزيد من قدرته على التوافق مع نفسه وبيئته مما يؤثر على قوة إرادته وشخصيته، تتفق دراسة جودة وحجوة (2003) مع هذه النتيجة حيث أظهرت وجود فروق دالة في قوة الأنا تعزى لمستوى التعليم، ودراسة الشيميري (1996) حيث نتج عنها وجود فروق دالة بين ذوي التعليم المتوسط والابتدائي لصالح لذوي التعليم المتوسط، ودراسة Maria&Goldstone (1992) حيث أظهرت وجود فروق بين المستوى التعليمي والاجتماعي والأداء العقلي والأكاديمي، ودراسة Ritva et,al (2003) أظهرت أن مفهوم الذات له علاقة بالمستوى التعليمي، واختلفت دراسة حمادة (1992) حيث بينت عدم وجود فروق بين طلاب التعليم الأزهري وطلاب التعليم العام ولم يوجد أثر بين مستوى التدين ونوع التعليم على قوة الأنا، ودراسة Telishevka (2001) والتي حاولت فهم الأسباب الكامنة وراء ارتفاع معدل الوفيات لدى مرضى السكري وتبين من الدراسة أن قلة وعي المرضى بمرضهم ومضاعفاته كانت من الأسباب الكامنة وراء ارتفاع معدل الوفيات ودرجة الوعي مرتبطة بمستوى التعليم فكلما زاد مستوى التعليم زاد وعي ونضج الفرد، كذلك أشار طه (1993: 114) أن من وظائف الأنا حفظ الذات عبر التعامل مع المثيرات الخارجية والتحكم فيما ينبغي إدراكه أو فعله وجدولة الدوافع تبعاً لأهميتها وتزيد قدرة الفرد على التحكم عند زيادة وعيه واتساع مداركه من خلال التعليم، فالتعليم يزيد من قدرة الفرد على التفكير السليم وإدراك الواقع، وقوة الأنا تتضمن مستويات عالية من تقدير الذات والثقة بالنفس واللذان تساعد الفرد على معالجة المشكلات التي يواجهها بهدوء وموضوعية والتي تزيد بزيادة المستوى التعليمي (Fontana, 1995: 386).
- وترى الباحثة أيضاً أن متغير التعليم يعتبر من المصادر الداعمة ونقاط القوة لدى الفرد خاصة مريض السكري حيث تزيد من قدرته على التحكم في نسبة السكر في الدم وبالتالي يحافظ على توازنه الصحي وتقادي مضاعفات السكري الخطيرة.

الفرض الثاني عشر: " لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في قوة الأنا لدى مرضى السكري تعزي لنوع الجنس (ذكور، إناث) ". .

لاختبار صحة الفرض قامت الباحثة باستخدام اختبار (ت) (Independent - Sample T-Test) لعينتين مستقلتين للمقارنة بين متوسطي درجات الذكور و الإناث في قوة الأنا، ويتضح ذلك من خلال الجدول التالي:

جدول (5:20) يبين نتائج اختبار (ت) للمقارنة بين متوسطي درجات الذكور و الإناث في قوة الأنا

قوة الأنا	نوع الجنس	العدد	المتوسط	الانحراف المعياري	قيمة "ت"	مستوى الدلالة
قوة الأنا	ذكر	144	28.21	4.06	5.5	0.001دالة
	أنثى	156	25.60	4.08		

قيمة "ت" الجدولية عند درجة حرية 298 ومستوى دلالة (0.05) تساوى 1.96

أظهرت النتائج الموضحة في الجدول السابق وجود فروق جوهرية ذات دلالة إحصائية بين متوسط درجات الذكور ومتوسط درجات الإناث بالنسبة لقوة الأنا (t-test= 5.5, P<0.05)، والفروق كانت لصالح الذكور، وهذا يدل على أن الذكور لديهم قوة أنا أكثر من الإناث، الأمر الذي يشير إلى عدم تحقق صحة الفرض.

تبين من الجدول رقم(5:20) وجود فروق دالة إحصائية بين متوسط درجات الذكور ومتوسط درجات الإناث في قوة الأنا لصالح الذكور.

وترى الباحثة أن ذلك يرجع إلى:

- اختلاف طبيعة الذكور عن الإناث من الناحية الجسدية والفكرية والعقلية وقدرة الذكور على تحمل أعباء الحياة أكثر من الإناث.
- التنشئة الاجتماعية حيث تلقى المسؤولية على الذكور في أغلب الأحيان مما يكسبهم الثقة بالنفس والقدرة على اتخاذ القرار وذلك يزيد من قوة الشخصية والأنا لديهم.
- دور الثقافة الاجتماعية والعادات والتقاليد في تقوية شخصية الذكور من خلال الدعم المستمر لدور الذكور في المجتمع أكثر من الإناث.
- من الدراسات التي بحثت موضوع قوة الأنا ولكن على الإناث فقط دراسة جودة وحجو(2003) ونتج عنها وجود فروق في قوة الأنا تعزى لطبيعة الدور الاجتماعي ومستوى التعليم والحالة الاجتماعية، ودراسة عودة(2002) والتي أظهرت وجود علاقة طردية بين المناخ النفسي الاجتماعي وكلا من الطمأنينة الانفعالية وقوة الأنا لدى طالبات الجامعة

الإسلامية. وأشار عبد الرحمن (1998: 485) أن أنماط السلوك الوالدي والترتيب الميلادي والجنس من العوامل المؤثرة على قوة الأنا، وتتفق دراسة عيد (1997) التي نتج عنها وجود علاقة سالبة بين فقدان الأمن وقوة الأنا لصالح الذكور في المتغيرات الإجهاد النفسي والاتجاه نحو العقيدة والمخاوف المرضية، ودراسة Gravelis (2006) حاولت التعرف على مهارات المواجهة وهي من مظاهر قوة الشخصية عند مرضى السكري، وتبين أن مهارات المواجهة ضعيفة لدى الإناث أكثر من الذكور، ودراسة يونس (2004) أيضاً وجدت فروق في مستوى جودة الحياة بين الذكور والإناث لصالح الذكور، أما دراسة رضوان (2002) أظهرت وجود فروق في القلق لدى مرضى السكري تعزى لمتغير الجنس لصالح الإناث.

الفرض الثالث عشر: " لا توجد علاقة ارتباطية دالة إحصائياً بين قوة الأنا و العمر لدى مرضى السكري "

للتحقق من صحة الفرض تم حساب معامل ارتباط العزوم "بيرسون" بين درجات قوة الأنا و العمر لدى مرضى السكري، ويوضح الجدول التالي النتائج المتعلقة بهذا الفرض:

جدول (5:21) يوضح معاملات الارتباط (r) بين درجات قوة الأنا و العمر لدى مرضى السكري

قوة الأنا	العدد	معامل ارتباط بيرسون	مستوى الدلالة
قوة الأنا	300	-0.116	0.045 دالة

** دالة عند 0.001 * دالة عند 0.05 // غير دالة

أظهرت النتائج الموضحة في الجدول السابق وجود علاقة عكسية دالة إحصائياً بين قوة الأنا و العمر لدى مرضى السكري ($r=-0.11$, $p\text{-value}<0.05$) وهذا يدل على أنه كلما زاد العمر لدى مرضى السكري كلما قلت قوة الأنا لدى مرضى السكري و العكس صحيح، الأمر الذي يشير إلى عدم تحقق صحة الفرض.

- تبين من الجدول رقم (5:21) وجود علاقة عكسية دالة إحصائياً بين قوة الأنا و العمر لدى مرضى السكري وأنه كلما زاد العمر قلت قوة الأنا والعكس.

وترى الباحثة أن ذلك يرجع إلى:

- الضعف الصحي العام للمريض وملازمة المرض للفرد، وكما يرى أصحاب نظرية التصور الجسمي أن التصور الجسمي يعتبر شرطاً أساسياً لتشكيل الأنا (الحديدي، 2002: 53) فمجرد شعور المريض بالاختلاف عن الأشخاص الآخرين يسبب له قلق وإحباط ويزيد ذلك كلما تقدم العمر وتغير شكل جسده خاصة إذا أصيب مريض السكري بإحدى مضاعفات المرض، يصبح

أكثر عرضة لسوء التوافق والمشكلات النفسية الناتجة عن ضعف قوة الأنا والتي تغيرت بسبب تصوره الجسدي الناتج عن المرض والتقدم في العمر.

- ما يصيب الإنسان من أمراض حادة أو مزمنة لا يؤثر على الناحية الجسدية فقط وإنما على النواحي النفسية والعقلية والمعرفية والاجتماعية (إبراهيم، 2004: 22) وتتفق دراسة سعيد (2007) مع نتيجة الفرض حيث أظهرت فروق بين المعوقين بصرياً تعزى لمتغير العمر على مقياس قوة الأنا، واختلفت دراسة الشميمري (1996) مع هذه النتيجة حيث تبين عدم وجود فروق دالة في قوة الأنا لدى الفتيات تعزى للعمر أو الترتيب الميلادي.

التوصيات والمقترحات

التوصيات:

- استناداً لما أسفرت عليه الدراسة الحالية من وجود علاقة ايجابية بين التوافق النفسي وقوة الأنا ترى الباحثة:
- ضرورة عمل برامج توعية في جميع وسائل الاعلام لشرح طبيعة مرض السكري وأهم مخاطره وكيفية الوقاية منها.
 - إعداد برامج تدريبية لتعليم توكيد الذات لتقوية شخصية وإرادة مرضى السكري خاصة الإناث منهم.
 - العمل على تفعيل دور الأخصائيين النفسيين والاجتماعيين في علاج المشاكل النفسية لمرضى السكري.
 - الاهتمام بصحة الانسان الجسدية والنفسية من خلال نشر وتوزيع الكتيبات والدوريات العلمية الطبية.
 - توفير معلومات دقيقة ومبسطة لجميع شرائح المجتمع عن مرضى السكري.
 - إشراك أصحاب القرار في وزارة الصحة بالدراسات التي بحثت موضوع مرضى السكري، لزيادة الاهتمام بشريحة مرضى السكري في المراكز الصحية وتوفير العلاج للمرضى.
 - عمل برامج تدريبية للأخصائيين في المجال الطبي والنفسي لمتابعة مرضى السكري في بيوتهم خاصة لمرضى السكري النوع الأول المعتمد على الأنسولين نظراً لصغر سنهم وخوفهم من المرض.
 - عمل برامج توعية للعائلات التي لديها تاريخ مرضى بالسكري أو أي مرض من الأمراض المزمنة.

المقترحات:

- القيام بدراسات مستقبلية تهدف إلى فهم طبيعة شخصية مرضى السكري.
- عمل دراسات تجريبية تهدف إلى معرفة أهم العوامل النفسية المؤثرة على مرضى السكري.
- دراسات أثر برامج تدريبية تهدف إلى وضع أسس العلاج النفسي لمرضى السكري.
- دراسات عن التوافق النفسي لدى مرضى السكري في ضوء متغيرات تختلف عن متغيرات الدراسة الحالية.
- دراسات عن قوة الأنا والعوامل المؤثرة فيها لدى مرضى السكري.
- عمل دراسات مشتركة بين المجال الطبي والنفسي على فئة مرضى السكري.

المراجع

➤ أولاً : المراجع العربية

➤ ثانياً: المراجع الأجنبية

أولاً : المراجع العربية:

القرآن الكريم

1. إبراهيم، فيوليت (2004): سيكولوجية النمو، مكتبة الأنجلو المصرية، القاهرة.
2. إبراهيم، محمد صلاح الدين (1993): السكر، أسبابه، ومضاعفاته، وعلاجه، مركز الأهرام للترجمة والنشر، القاهرة.
3. إبراهيم، فيوليت فؤاد (1986): الإعاقة البصرية والجسمية وعلاقتها بمفهوم الذات والتوافق الشخصي والاجتماعي، الكتاب السنوي في علم النفس، المجلد الخامس، الأنجلو المصرية، القاهرة.
4. أبو حويج، مروان والصفدي، عصام (2001): المدخل إلى الصحة النفسية، ط 1، دار المسيرة للنشر والتوزيع والطباعة، عمان، الأردن.
5. أبو زيد، إبراهيم (1987): سيكولوجية الذات والتوافق، دار المعرفة الجامعية، الإسكندرية.
6. أبو زايد، أحمد (2002): التوافق النفسي وعلاقته بمفهوم الذات لأبناء شهداء وأسرى الانتفاضة، رسالة دكتوراه غير منشورة، كلية التربية، جامعة عين شمس، القاهرة.
7. أبو شمالة، أنيس (2002): أساليب الرعاية في مؤسسات رعاية الأيتام، رسالة ماجستير غير منشورة، كلية التربية، الجامعة الإسلامية، غزة.
8. أبو شنب، جمال (1995): بناء الشخصية والتفاعل مع الجماعة التعليمية، دار المعرفة الجامعية، الإسكندرية.
9. أبو ناهية، صلاح الدين وموسى، رشاد (1988): تقنين مقياس قوة الأنا في البيئة الفلسطينية بقطاع غزة، مجلة كلية التربية، جامعة الزقازيق، العدد 5، السنة الثالثة، ص 51-73.
10. أصلان، سمير وآخرون (2002): وليد الأم السكرية، مجلة جامعة تشرين للدراسات والبحوث العلمية-سلسلة العلوم الطبية، ط 24، العدد 11، ص 191-192.
11. الأغا، إحسان (1997): البحث التربوي "عناصره، مناهجه، أدواته"، ط 2، مطبعة الرنتيسي، غزة.
12. الأنصاري، ابن منظور جمال الدين (1988): معجم لسان العرب، دار إحياء التراث، الجزء الثاني، القاهرة.

13. البكري، عبدا لله (1994): الغذاء وصحة المجتمع، مكتب التربية العربي، المملكة العربية السعودية.
14. الجديبة، كامل ويونس، إبراهيم (1993): المرشد لمرضى السكري، مجلس الخدمات الصحية، غزة.
15. الحجار، بشير (2003): التوافق النفسي لدى مريضات سرطان الثدي بمحافظة غزة وعلاقته ببعض المتغيرات، رسالة ماجستير غير منشورة، الجامعة الإسلامية، غزة.
16. الحديدي، منى (2002): مقدمة في الإعاقة البصرية، ط2، دار الفكر، عمان.
17. الحمصي، عصام (1985): الموسوعة الطبية الموجزة، دار النشر، دمشق.
18. الحويج، صالح (2008): الإنسان: نفس وجسم، طرابلس.
19. الخضري، جهاد (2003): الأمن النفسي لدى العاملين بمراكز الإسعاف بمحافظة غزة وعلاقته ببعض سمات الشخصية، رسالة ماجستير غير منشورة، الجامعة الإسلامية، غزة.
20. الخطيب، محمد جواد (2007): الاحتراق النفسي وعلاقته بمرونة الأنا لدى المعلمين الفلسطينيين بمحافظة غزة، بحث منشور مقدم إلى المؤتمر التربوي الثالث، الجودة في التعليم الفلسطيني مدخل التميز، كلية التربية، جامعة الأزهر بغزة.
21. الخطيب، محمد جواد (1998): التوجيه والإرشاد النفسي بين النظرية والتطبيق، ط1، مكتبة آفاق، غزة .
22. الخطيب، محمد جواد (2004): التوجيه والإرشاد النفسي بين النظرية والتطبيق، ط3، مكتبة آفاق، غزة.
23. الداهري، صالح والعبدي، ناظم (1999): الشخصية والصحة النفسية، جامعة بغداد.
24. الرفاعي، نعيم (1982): الصحة النفسية دراسة مقارنة في سيكولوجية التكيف، ط6 ، جامعة دمشق.
25. الزطمة، عدنان (1985): الداء السكري-النظرة الحديثة في معالجته واختلاطاته، رسالة ماجستير غير منشورة، جامعة دمشق.
26. الزيايدي، محمود (1969): أثر اختلاف النظم الاجتماعية في التوافق الدراسي للطلبة، دراسة مقارنة بين مجموعة من طلبة الجامعة الأردنية، قراءات في علم النفس الاجتماعي في البلاد العربية، الهيئة المصرية العامة للتأليف والنشر، القاهرة.
27. السندي، محمد شجاع (1990): التوافق النفسي والمسئولية الاجتماعية عند تلاميذ المرحلة الثانوية السعودية في الريف والحضر، رسالة دكتوراه غير منشورة، كلية التربية، جامعة عين شمس، القاهرة.

28. السيد، عبد المنعم (1993) : مستوى مفهوم الذات والتوافق النفسي وعلاقتها بالسلوك التألمي والاندفاعي لطلبة المرحلة الثانوية، دراسة وصفية مقارنة، رسالة دكتوراه غير منشورة، معهد الدراسات العليا للطفولة، جامعة عين شمس.
29. الشرفاوي، مصطفى (1988) : علم الصحة النفسية، دار مصري للنشر والتوزيع، حلوان.
30. الشكعة، على عادل (1986) : تغير القيم الاجتماعية والتوافق النفسي عند الشباب الفلسطيني في جامعات الضفة وقطاع غزة، رسالة دكتوراه غير منشورة، كلية الآداب، جامعة عين شمس، القاهرة.
31. الشنداوي، محمد (1999) : نظريات الإرشاد والعلاج السلوكي، دار غريب للطباعة والنشر، القاهرة.
32. الشاذلي، عبد الحميد (2001) : التوافق النفسي للمسنين، المكتبة الجامعية، الإسكندرية.
33. الشحومي، عبد الله محمد (1989) : التوافق النفسي عند المعاق، مجلة التربية الجديدة، مكتب اليونسكو الإقليمي للتربية، العدد 48، ص ص 19- 39 .
34. الشميمري، هدى (1996) : قوة الأنا تبعاً لبعض المتغيرات النفسية والاجتماعية لدى نزيلات مؤسسة رعاية الفتيات بمدينة مكة المكرمة، رسالة ماجستير غير منشورة، كلية التربية، جامعة أم القرى.
35. الصفتي، مصطفى (1983) : التوافق الشخصي والاجتماعي والدراسي وعلاقته ببعض المتغيرات لدى طلبة شهادة المرحلة الثانوية العامة، رسالة دكتوراه غير منشورة، كلية التربية، جامعة الإسكندرية.
36. الطيب، محمد (1994) : مبادئ الصحة النفسية، دار المعرفة الجامعية، الإسكندرية.
37. الطويل، عزت (1982) : النفس والقرآن الكريم، المكتب الجامعي الحديث، الإسكندرية.
38. الطويل، محمد (2000) : التوافق النفسي المدرسي وعلاقته بالسلوك العدواني لدى طلبة المرحلة الثانوية بمحافظة غزة، رسالة ماجستير غير منشورة، كلية التربية، جامعة عين شمس.
39. العبيدي، مظهر (2004) : قوة الأنا وعلاقته بالتوافق النفسي الاجتماعي على وفق الأساليب التنشئة الاجتماعية، رسالة دكتوراه، كلية التربية، جامعة بغداد.
40. العثمان، عبد الكريم (1981) : الدراسات النفسية عند المسلمين والغزالي بوجه خاص، مكتبة وهبة، القاهرة.
41. الفرماوي، حمدي (1996) : البناء النفسي في الإنسان، زهرة الشرق، القاهرة.

42. القاضي، محمد (1994) : دراسة مقارنة بين الأحداث الجانحين وغير الجانحين من حيث النضج والتفكير الابتكاري وقوة الأثنا، رسالة ماجستير غير منشورة، كلية التربية، جامعة عين شمس.
43. القاضي، على (1994) : التوافق النفسي من منظور إسلامي، مجلة منبر الإسلام، مجلد 21، العدد 4 .
44. القوسي، عبد العزيز (1981) : أسس الصحة النفسية، مكتبة النهضة، القاهرة.
45. القوسي، عبد العزيز (1975) : أسس الصحة النفسية، مكتبة النهضة العربية، القاهرة.
46. المالح، حسان (1999) : الطب النفسي والحياة، الجزء الأول، طرابلس.
47. المحارب، ناصر (1993) : الضغوط النفس اجتماعية والاكثتاب وبعض جوانب جهاز المناعة لدى الإنسان، دراسات نفسية، تصدر عن رابطة الأخصائيين النفسيين (رانم)، القاهرة.
48. المغربي، سعد (1992) : حول مفهوم الصحة النفسية والتوافق، مجلة علم النفس، الهيئة العامة للكتاب، العدد 3 .
49. المخلاتي، جلال (1984) : التغذية وصحة الإنسان، الجامعة الإسلامية، غزة.
50. النفعي، عابد (1996) : نمو الأثنا في الطفولة، مجلة البحث في التربية وعلم النفس، المجلد التاسع، العدد 3، ص ص 56 - 86، كلية التربية، جامعة المنيا، مصر.
51. الهابط، محمد (1987) : التكيف والصحة النفسية، ط 2 ، المكتب الجامعي الحديث، الإسكندرية.
52. الهادي، محمد زين (1995) : علم نفس الدعوة، ط 1، الدراسة المصرية اللبنانية، القاهرة.
53. جابر، عبد الحميد (1986) : نظريات الشخصية، دار النهضة العربية، القاهرة.
54. جودة، آمال وحجو، مسعود (2003) : قوة الأثنا لدى المرأة الفلسطينية في محافظات غزة، بحث منشور، قسم علم النفس، كلية التربية، جامعة الأقصى، غزة.
55. حب الله، عدنان (2004) : التحليل النفسي للرجولة والأثوثة من فرويد إلى لاكان، دار الفارابي، بيروت.
56. حسين، ضيائي (1987) : المشكلات النفسية عند الأطفال المصابين بالسكر، مجلة علم النفس، العدد 3، ص ص 63 _ 65 .
57. حمادة، عبد المحسن (1992) : التوجه نحو التدين وعلاقته ببعض المتغيرات النفسية والاجتماعية، رسالة دكتوراه غير منشورة، كلية التربية، جامعة الأزهر، القاهرة.

58. دسوقي، انشراح (1991): التحصيل الدراسي وعلاقته بكل من مفهوم الذات والتوافق النفسي، مجلة علم النفس، مجلد 5 ، العدد 20 .
59. دمنهوري، رشاد (1996): بعض العوامل النفسية الاجتماعية ذات الصلة بالتوافق الدراسي، دراسة مقارنة، مجلة علم النفس، عدد 38 ، ص ص 82 _ 84 ، السنة العاشرة، الهيئة المصرية العامة للكاتب، القاهرة.
60. راجح، أحمد (1977): أصول علم النفس، ط 17 ، دار المعارف، القاهرة.
61. راجح، أحمد (1968): أصول علم النفس، ط7، دار الكتاب العربي للطباعة والنشر، القاهرة.
62. رضوان، عبد الكريم (2008): فاعلية برنامج إرشادي تدريبي لخفض الضغوط النفسية وتحسين التوافق لدى مرضى السكري بمحافظة غزة، رسالة دكتوراه غير منشورة، كلية التربية، جامعة عين شمس، القاهرة.
63. رضوان، عبد الكريم (2002): القلق لدى مرضى السكري بمحافظة غزة وعلاقته ببعض المتغيرات، دراسة ماجستير غير منشورة، الجامعة الإسلامية، غزة.
64. رويحة، أمين (1973): داء السكري أعراضه وأسبابه وطرق مكافحته، ط1 ، دار القلم، بيروت.
65. زهران، حامد عبدا لسلام (1985): علم نفس النمو، ط5، عالم الكتب، القاهرة.
66. زهران، حامد عبد السلام (1997): الصحة النفسية والعلاج النفسي، ط5، عالم الكتب، القاهرة.
67. سعيد، محمود (2007): قوة الأنا والشعور بالمسئولية والضبط الزائد العدائية لدى المراهقين المعوقين بصريا والمبصرين، رسالة ماجستير غير منشورة، كلية الدراسات العليا، الجامعة الأردنية، عمان.
68. شعبان، كاملة الفرخ وتيم، عبد الجابر (1999): الصحة النفسية للطفل، دار الصفاء للطباعة والنشر والتوزيع، عمان.
69. شقير، زينب (2003): مقياس التوافق النفسي، ط1، كلية التربية، طنطا.
70. طه، فرج (1993): موسوعة علم النفس، ط1 ، دار سعاد الصباح، الكويت.
71. طحان، محمد (1987): مبادئ الصحة النفسية، دار العلم للنشر والتوزيع، دبي.
72. عسكر، عبدالله والفرحان، عبد الجابر (1991): المدخل إلى علم النفس، مكتبة الأنجلو المصرية، القاهرة.

73. عودة، فاطمة (2002): المناخ النفسي الاجتماعي وعلاقته بالطمأنينة الانفعالية وقوة الأنا لدى طالبات الجامعة الإسلامية بغزة، رسالة ماجستير غير منشورة، كلية التربية، الجامعة الإسلامية، غزة.
74. عبد الرحمن، محمد (1998): نظريات الشخصية، دار قباء، القاهرة.
75. غنيم، سيد (1975): سيكولوجية الشخصية (محددتها، قياسها، نظرياتها)، دار النهضة العربية، القاهرة.
76. عبد الجواد، ليلي (1979): دراسة لبعض العوامل النفسية والاجتماعية المرتبطة بالنجاح والفشل في الزواج وأثرهما على التوافق الدراسي للأبناء، رسالة دكتوراه غير منشورة، كلية التربية، جامعة الأزهر.
77. عبدا لله، مجدي (1996): السلوك الاجتماعي ودينامياته محاولة تفسيرية، دار المعرفة الجامعية، الإسكندرية.
78. عطية، مورييس (1993): الداء السكري وكيف نتعايش معه، دار الشواف، الرياض.
79. عطية، ن (2001): علم النفس والتكيف النفسي والاجتماعي، ط1، دار القاهرة للكتاب، القاهرة.
80. عبد اللطيف، مدحت (1990): الصحة النفسية والتفوق الدراسي، دار المعرفة الجامعية، الإسكندرية.
81. عبد الله، نبوية (2000): مفهوم الذات لدى الأطفال المحرومين من الأم دراسة مقارنة، رسالة ماجستير، معهد الدراسات العليا للطفولة، جامعة عين شمس، القاهرة.
82. عسيري، عبير بنت محمد (2003): علاقة تشكل هوية الأنا بكل من مفهوم الذات والتوافق النفسي والاجتماعي لدى عينة من طالبات المرحلة الثانوية بمدينة الطائف، رسالة ماجستير، جامعة أم القرى، السعودية.
83. عبد الملك، شفيق (1972): علم التشريح ووظائف الأعضاء، ط1، دار القلم، بيروت.
84. عبد الخالق، أحمد (1987): الأبعاد الأساسية للشخصية، ط4، الجامعة الإسكندرية، دار المعرفة الجامعية.
85. عبد الحميد، محمد (1987): العلاقات الأسرية للمسنين وتوافقهم النفسي، الدار الفنية للنشر والتوزيع، القاهرة.
86. عبد الوهاب، خالد (2007): السلوك العدواني وعلاقته بقوة الأنا لدى مدمني المواد المخدرة-دراسة مقارنة، حوليات كلية الآداب، جامعة عين شمس، القاهرة.

87. عبد الفتاح، كاميليا (1961): ديناميات العلاقة بين الرعاية الوالدية كما يدركها الأبناء وتوافقهم، مجلة علم النفس، السنة السادسة، العدد 24، ص ص 19- 25، الهيئة المصرية العامة للكتاب، القاهرة.
88. عيد، إبراهيم (2001): دراسة للخصائص الإيجابية للشخصية في علاقتها بمتغيري النوع والتخصص الدراسي لدى طلاب الجامعة، مجلة كلية التربية وعلم النفس، عدد 25، ص ص 251- 316، مكتبة زهراء الشرق، القاهرة.
89. فهمي، مصطفى (1970): الإنسان والصحة النفسية، مكتبة الأنجلو المصرية، القاهرة.
90. فهمي، مصطفى (1967): سيكولوجية الطفولة والمراهقة، مكتبة مصر، القاهرة.
91. فهمي، سميرة (1965): مجالات الصحة النفسية في المدرسة، بحث منشور في أسس التربية في الوطن العربي، المجلس الأعلى لرعاية الفنون والآداب والعلوم الاجتماعية، لجنة التربية وعلم النفس، الحلقة الدراسية الأولى، دار مطابع الشعب، القاهرة.
92. فؤاد، فيوليت (1986): الإعاقة البصرية والجسمية وعلاقتها بمفهوم الذات والتوافق الشخصي والاجتماعي، الكتاب السنوي في علم النفس، المجلد الخامس، مكتبة الأنجلو المصرية، القاهرة.
93. قاسم، نادر (1985): دراسة للعلاقة بين القدرة على التفكير الابتكاري وكل من التوافق الشخصي والاجتماعي، رسالة ماجستير غير منشورة، كلية التربية، جامعة عين شمس.
94. كامل، عبد الوهاب (2001): اتجاهات معاصرة في علم النفس، مكتبة الأنجلو المصرية، القاهرة.
95. كفاقي، علاء الدين (1987): الصحة النفسية، دار العلم للنشر والتوزيع، دبي.
96. كفاقي، علاء الدين (1967): الصحة النفسية، مكتبة الأنجلو المصرية، القاهرة.
97. كلارك، مارجوريت (1963): الطب الحديث، ترجمة محمد نظيف، دار الفكر العربي، القاهرة.
98. كيال، باسمة (1993): سيكولوجية المرأة، مؤسسة عزالدين للطباعة والنشر، بيروت.
99. لمامة، محمد (1998): السكر الصديق للدود، دار النصر للطباعة، القاهرة.
100. مباشر، عبد العال (1981): نشرة عن التغذية بمناسبة اليوم العالمي للأغذية، جامعة قطر، قطر.
101. مخيمر، هشام (1981): العلاقة بين مستوى النضج الخلقي وعدد من المتغيرات المدرسية لدى تلاميذ المرحلة الثانوية، رسالة ماجستير غير منشورة، كلية التربية، جامعة عين شمس.

102. مخيم، صلاح (1984): الإيجابية كمييار وحيد وأكيد لتشخيص التوافق عند الراشدين، مكتبة الأنجلو المصرية، القاهرة.
103. مرحاب، صلاح (1984): التوافق النفسي وعلاقته بمستوى الطموح دراسة مقارنة بين الجنسين في مرحلة المراهقة بالمغرب، رسالة دكتوراه غير منشورة، معهد الدراسات العليا للطفولة، جامعة عين شمس، القاهرة.
104. مرسى، كمال وعودة، محمد (1986): الصحة النفسية في ضوء علم النفس والإسلام، ط2، دار القلم، الكويت
105. مرسى، سيد (1997): الإرشاد النفسي والتوجيه التربوي والمهني، ط3، مكتبة وهبة، القاهرة.
106. مطر، سفيان إسماعيل (2009): الصحة النفسية، ط2، الكلية الجامعية للعلوم التطبيقية، غزة.
107. معجم اللغة العربية (1984): معجم علم النفس والتربية، الجزء الأول، الهيئة العامة لشئون المطابع الأميرية، القاهرة.
108. موسى، رشاد (1997): سيكولوجية الفروق بين الجنسين، كلية التربية، جامعة الأزهر.
109. منصور، سامي (2006): التوافق النفسي والاجتماعي لدى طلاب المرحلة الثانوية القاطنين في المناطق الساخنة بمحافظة رفح وعلاقته بسمات الشخصية، رسالة ماجستير غير منشورة، كلية الصحة العامة، جامعة القدس، غزة.
110. منصور، عبد المجيد وآخرون (2006): السلوك الإنساني بين التفسير الإسلامي أسس علم النفس المعاصر، مكتبة الأنجلو المصرية، القاهرة.
111. منصور، حازم (2009): قوة التحمل النفسي، مجلة الأكاديمية الرياضية العراقية، كلية التربية، جامعة بغداد.
112. هاشم، محمد وباشا، وائل (1990): أمراض الغدد الصم والاستقلاب، الجزء 6 مطبعة الأمانى، دمشق.
113. هلال، أحمد (1998): برنامج لتعديل بعض الخصائص النفسية لدى المراهقين مرضى السكر، رسالة ماجستير غير منشورة، كلية التربية، جامعة طنطا.
114. هنا، عطية (1960): الشخصية والصحة العقلية، مكتبة الأنجلو المصرية، القاهرة.
115. هول، كالفن وليندزي، جاردنر (1978): نظريات الشخصية، (ترجمة) فرج أحمد فرج وآخرون، ط2، دار التابع للنشر، القاهرة.

116. وافي، ليلي (2006) : الاضطرابات السلوكية وعلاقتها بمستوى التوافق النفسي لدى الأطفال الصم والمكفوفين، رسالة ماجستير غير منشورة، كلية التربية، الجامعة الإسلامية، غزة.

117. يونس، إبراهيم (2004) : المشكلات النفسية والاجتماعية لدى مرضى السكري وتأثيرها على جودة الحياة، رسالة ماجستير، كلية الصحة العامة، جامعة القدس، غزة.

ثانياً : المراجع الأجنبية:

118. American psychiatric association(1995): **Diagnostic Statistical manual of mental disorder**،4th ed.، Washington، American psychiatric association.

119. Annual report(2005): **The status of health in Palestine**، Ministry of Health، Gaza، Palestine.

120. Annual report(2001): **The status of health in Palestine**، Ministry of Health، Gaza، Palestine.

121. Anderson.،(2000): **The diabetes empowerment scale measure of psychosocial self efficacy**، Diabetes care،No.20،pp 8-15.

122. Burns، R.B(1979):**The self concept**، Longman، London.

123. Belkin، Gary and Stanly Nass(1984):**Psychology of adjustment**، Massachusetts، Allyn and Bacon،Inc.

124. Boey،K.W(1999): **Adaptation to type II diabetes mellitus depression and related factors**، International medical Journal، vol. 6،No.2،pp 125-132.

125. Brunner،L.،& Suddarth،D.(1982): **Manual of nursing practice**،3 ed.، Lippincott company، New York.

126. Chisholm.(2003):**The adjustment to diabetes of school-Age children with psychological adjustment problem**، British Journal of clinical psychology، vol. 8،No 3،pp 335-358.

127.Eljedi,A. Mikolajczyk,RT. Kraemer,A,& Laaser,U.(2006):
Health

related quality of life in diabetic patients controls without diabetes in refugee camps in Gaza Strip, public Health journal,vol.6,p268 .

128.Fontan,D.(1995):**Psychology for teachers**,3ed.,Macmilan press,LTD.

129.Frank,B.(2001):**Diet, life style& risk of the type II diabetes mellitus in women**, The New England Journal of medicine, vol.345,No.11,pp 790-797.

130.Gravels,C.&Wandell,p(2006):**Coping strategies in men and women with type II diabetes in Swedish primary care**, Diabetes Research and clinical practice, vol. 71,No.3,pp 280-589.

131.Gavard,s and Lustman,p,F(1993):**Prevalence of depression in adult with diabetes**, Diabetes Care, vol. 16,No.8,pp 1167-1178.

132.Gifford,D&Carcier,D.(2006): **Diabetes and stress**, Department of health, Rhode island.

133.Grey,M.(1999): **Coping skills training for youth with diabetes on intensive therapy**, journal of applied nursing research, vol.12,No.1,pp 3-12.

134.Hadden,D.Archer,D.&Harley,J.(2001): **Obstetric and diabetic care of pregnancy in diabetic women (10 years outcome anaysis,1985-1995)** journal of diabetes-united kingdom, vol.18, No.7, pp 546-553.

135.Harris,M.&Lustman,P.(1998):**The psychologist in diabetes cares**, journal of clinical Diabetes, vol. 16,No.2,pp 1-7.

136.Hoppichler,F&Lechleitner,J(2001): **Counseling program and the outcome of gestational diabetes in Austrian and Turkish women**, Patient Education and Counseling, Austria university hospital Innsbruck.

137. Katon, W. (1992): **A randomised trial of psychiatric consultation with distressed high utilizers**, Gen Hospital psychiatry, vol.14, pp86-98.
138. K. Humble and S. Ahnsjo (2006): **personality changes and social adjustment during the first three years of diabetes in children**, Acta Paediatrica Journal, vol.70, No.3, pages 321-327.
139. Kishawi, S. (1999): **Diabetes from pregnancy and in pregnancy**, Ministry of Health, Shifa Hospital, Gaza, Palestine.
140. Koliopoulos, M. (2005): **Holist nurse practitioner**, vol. 19, No.3, pp 134-137.
141. Leedom, L. M. Procci, W. (1991): **Symptoms of depression in patients with Type II diabetes mellitus**, psychosomatics vol.32, No.3, pp 280-286.
142. Liloyd, E. (2000): **Prevalence of symptoms of depression and anxiety in diabetes clinic population**, journal of diabetes medicine, vol.17, No.3, pp198-202.
143. Lustman, P. (1988): **Anxiety disorders in adults with diabetes mellitus**, psychiatry clinic North America, vol.11, No.2, pp 419-432.
144. Lewis, S., Weilitz, P., & Collier, I. (2004): **Medical Surgical nursing**, sixth edition, Mosby company, U.S.A.
145. Lustman, P. (1998): **Anxiety disorder in adults with diabetes mellitus**, Psychiatric clinic North. AM., vol.11, No.2, pp 419-432.
146. Jacobson, A. M. Hauser, S. T. (1986): **Psychological adjustment with recently diagnosed diabetes mellitus**, Diabetes Care, vol.9, No.4, pp323-328.
147. Janet, Ahlfied, E and Norman, R. D. (1983): **Adolescent diabetes mellitus. par child perspectives of the effect the disease on family and social interactions**, Diabetes Care, vol. 9, No.4, pp 393-398.

148. Jacobson, A.M (1993): **Depression and Diabetes**, Diabetes Care, vol. 16, No.12, pp 1621-1623.
149. Macrea, David (1986): **The person with diabetes in psychosocial context**, Diabetes care, vol.9, No.2, pp 194-206.
150. Marion, J. (1999): **Standard of medical care for patients with diabetes mellitus**, American diabetes association, vol.22, No.1.
151. Marya, K., Bonora, E., Targher, G. & Alberiche, M (1992): **Intellectual development and academic performance of children with insulin dependent diabetes mellitus**, Development psychological magazine, vol. 28, No.4, pp 676-684.
152. McInotosh, D. Silver, & Wotman, C. (1993): **Religion's role in adjustment to negative life event-coping with the loss of child**, journal of personality & social psychology, vol.65, No.4, pp 812-821.
153. Mousleh, J., Iacovides, A., Yovos, J., & Fountoulakis, K. (1996): **Psychiatric morbidity and metabolic control in diabetic patients**, German journal of psychiatry, NO.1433.
154. Micheal, A. (1998): **The psychologist in diabetes**, clinical diabetes- American Diabetes association, vol.16, No.2, pp20-27.
155. Milliken, M. (1987): **Understanding human behavior**, 3 ed., Dirmar publisher Inc., USA.
156. Nettina, S (1996): **Manual of Nursing practice**, 6th edition, Lippincott company, New York.
157. Paula, M., Surwit, R., Zucker, N. & McCaskill, C. (2001): **The marital relationship and psychosocial adaptation and Glycemic control of individuals with diabetes**, Diabetes Care, vol.24, pages:1384-1389.
158. Pouwer, F. & Snock, F. (2001): **Association between symptoms of depression and Glycemic control may be unstable across gender**, journal of diabetes-united kingdom, vol.18, No.7.
159. Philips, Leslie (1968): **Human Adaptation and Its failure**, Academic press Inc., New York.

- 160.Roy,M, and Roy, A(1994): **Excess of depression symptoms and life events among diabetics**, comparative psychiatry, vol.35, No. 2, pp 129-131.
- 161.Roth(1983): **Effects of relaxation on glucose tolerance in NIDDM**, Diabetes Care, vol. 6, No. 2, pp 176-179.
- 162.Robinson,Carolyn,Melba,C.carterl(1983): **Problems of mothers in management children with diabetes**, Diabetes Care, vol.6, No.6, pp548-551.
- 163.Richard,S. (1995): **The Joslin guide to diabetes, program for management your treatment**, Afirsid book, New York.
- 164.Ritva K Erkolahti et,al(2003): **Self-image of adolescents with diabetes mellitus type I and rheumatoid arthritis**, Nordic Journal of psychiatry, vol.57, No.4, pages 309-312.
- 165.Rubin,R&Peyrot,M.(1998): **Men and diabetes psychosocial and behavioral issues**, Diabetes Spectrum Journal, vol. 11,No. 2,pp 81-87.
- 166.Smith.P.K and Green,M(1975): **Aggressive Behavior in English nurseries and play groups, sex differences and response of adults child development**, vol., 46, pp.211-214.
- 167.Shaffer.L.F and Shoben,E.C(1965): **The psychology of Adjustmen**, Houghton Mifflin company, New York.
- 168.Storow,leste(1990): **Psychology**, Iowa.WM.C.Brown publishers.
- 169.Schwebel,A.I,Barocas,H.A,Reichman,W.(1990): **Personal and Growth**, M.C. publishers.
- 170.Sinha,R.(2002): **Prevalence of impaired glucose tolerance among children and adolescents with marked obesity**, The new England journal of medicine, vol. 346, No.11, pp10-19.
- 171.Siu,S, KW Wong,SK, &YS Wong,KM.(2001): **Prevalence of and risk factors for erectile dysfunction in Hong Kong diabetic patients**, Diabetes uk, vol.18, pp 732-738.

172. Telishevka, M. & Chenett, L. & Mckeet, M. (2001): **Toward an understanding of the high death rate among young people with diabetes in Ukraine**, Journal of diabetes-united kingdom, vol.18, No.1, pp3-9.
173. Tuula Ilonen & Ritva Erkolahti (2004): **Academic achievement & the self image of adolescents with diabetes mellitus type I and Rheumatoid Arthritis**, Journal of Youth and Adolescence, vol.34, NO.3-2005, pages:199-205.
174. Verhoefes, M., Sutherland, L. (1995): **Outpatient health care utilization of patients with inflammatory bowel disease**, Dig Dis, vol.11, pp 1124-1128.
175. Willoughby, D., Kee, C., Demi, A., & Parker, V. (2000): **Coping and psychosocial adjustment of women with diabetes**, Diabetes Education, vol.26, No,1, pp 105-112.
176. Wolman, B.B (1973): **Dictionary of behavioral science**, Macmillan, London.
177. Wolman, B.B (1989): **Dictionary of behavioral science**, Academic press, Inc., san Digo.

الملاحق

ملحق رقم 1

(استمارة المعلومات الشخصية)

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ



الجامعة الإسلامية - غزة

عمادة الدراسات العليا

كلية التربية / قسم علم النفس

الأخ/تة الفاضل/ة .. حفظهم الله

السلام عليكم ورحمة الله وبركاته وبعد ...

تشرف الباحثة بان تضع بين أيديكم الاستبانة - المرفقة طيه - بهدف الحصول على بعض المعلومات والبيانات التي تخدم أهداف البحث العلمي التي تقوم بإعداده وذلك استكمالاً لمتطلبات درجة الماجستير في علم النفس، وهي جزء من الدراسة والتي موضوعها يتمثل في التوافق النفسي وعلاقته بقوة الأنا وبعض المتغيرات لدى مرضى السكري في قطاع غزة.

وحيث وقع عليكم الاختيار ضمن عينة الدراسة المختارة، لذا تأمل الباحثة منكم التفضل بالاطلاع على الاستبانة وقراءتها ومن ثم التكرم بالإجابة عليها بما يصف فعلاً واقع ممارستكم وخبرتكم، ووفقاً لما تزونه أكثر أهمية وتأثيراً، وذلك بوضع إشارة (√) في الحقل الذي يتناسب مع رأيكم أمام كل عبارة .

والباحثة تثمن لكم كريم تجاوبكم باستقطاع جزء من وقتكم، وتعاونكم في إنجاح هذه الدراسة، التي تأمل أن تحقق الفائدة منها، ومؤكدة لكم الحرص على سرية البيانات المقدمة من قبلكم وعدم استخدامها إلا لأغراض البحث العلمي فقط.

وتفضلوا بقبول فائق الاحترام والتقدير.

الباحثة

مرفت عبد ربه مقبل

استمارة المعلومات الشخصية

الاسم إن رغبت:..... الجنس:.....

العمر:.....

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> دون الثانوية. | <input type="checkbox"/> المؤهل العلمي: أمي . |
| <input type="checkbox"/> دبلوم. | <input type="checkbox"/> ثانوية عامة. |
| <input type="checkbox"/> ماجستير فأعلى. | <input type="checkbox"/> بكالوريوس. |

عدد سنوات الإصابة بالسكري:

- سنة- 3سنوات.
- 4 سنوات- 6 سنوات.
- 7سنوات فأكثر.

أي نوع من السكري لديك:

- المعتمد على الأنسولين (النوع الأول عند عمر اقل من 30 سنة).
- المعتمد على حبوب السكر(النوع الثاني عند عمر أكثر من 30 سنة).
- سكر الحمل (للسيدات فقط).

- مستوى الدخل لديك: دون 500 شيكل.
- 500 شيكل - 1000 شيكل.
 - 1000 شيكل - 1500 شيكل.
 - 1500 شيكل فما فوق.

ملحق رقم(2)
مقياس التوافق النفسي في صورته الأولى

لا تنطبق لا	متردد أحيانا	تنطبق نعم	العبارة
			المحور الأول: 1 هل لديك ثقة في نفسك بدرجة كافية؟
			2 هل أنت متفائل بصفة عامة؟
			3 هل لديك رغبة في الحديث عن نفسك وعن انجازتك أمام الآخرين؟
			4 هل أنت قادر على مواجهة مشكلاتك بقوة وشجاعة؟
			5 هل تشعر أنك شخص له فائدة ونفع في الحياة؟
			6 هل تتطلع لمستقبل مشرق؟
			7 هل تشعر بالراحة النفسية والرضا في حياتك؟
			8 هل أنت سعيد وبشوش في حياتك؟
			9 هل تشعر أنك شخص محظوظ في الدنيا؟
			10 هل تشعر بالاتزان الانفعالي والهدوء أمام الناس؟
			11 هل تحب الآخرين وتتعاون معهم ؟
			12 هل أنت قريب من الله بالعبادة والذكر دائما؟
			13 هل أنت ناجح ومتوافق مع الحياة؟
			14 هل تشعر بالأمن والطمأنينة النفسية وأنت في حالة طيبة؟
			15 هل تشعر باليأس وتهبط همتك بسهولة؟
			16 هل تشعر باستياء وضيق من الدنيا عموما؟
			17 هل تشعر بالقلق من وقت لآخر ؟
			18 هل تعتبر نفسك عصبي المزاج إلى حد ما؟
			19 هل تميل إلى أن تتجنب المواقف المؤلمة بالهرب منها؟
			20 هل تشعر بنوبات صدادع أو غثيان من وقت لآخر؟
			المحور الثاني: 21 هل حياتك مملوءة بالنشاط والحيوية معظم الوقت؟
			22 هل لديك قدرات ومواهب متميزة؟
			23 هل تتمتع بصحة جيدة وتشعر بأنك قوي البنية؟
			24 هل أنت راض عن مظهرك الخارجي (طول القامة، حجم الجسم)؟
			25 هل تساعدك صحتك على مزاولة الأعمال بنجاح؟
			26 هل تهتم بصحتك جيدا وتتجنب الإصابة بالمرض؟

			هل تعطي نفسك قدر من الاسترخاء والراحة للمحافظة على صحتك في حالة جيدة؟	27
			هل تعطي نفسك قدرا كافيا من النوم (أو تمارس رياضة) للمحافظة على صحتك؟	28
			هل تعاني من بعض العادات مثل (قضم الأظافر أو الغمز بالعين)؟	29
			هل تشعر بصداع أو ألم في رأسك من وقت لآخر؟	30
			هل تشعر أحيانا بحالات برودة أو سخونة؟	31
			هل تعاني من مشاكل و اضطرابات الأكل (سوء هضم- فقدان شهية - شره عصبي)؟	32
			هل يدق قلبك بسرعة عند قيامك بأي عمل؟	33
			هل تشعر بالإجهاد وضعف الهممة من وقت لآخر؟	34
			هل تتصبب عرقا (أو ترتعش يداك) عندما تقوم بعمل ؟	35
			هل تشعر أحيانا أنك قلق وأعصابك غير موزونة؟	36
			هل يعوقك وجع ظهرك أو يداك عن مزاولة العمل؟	37
			هل تشعر أحيانا بصعوبة في النطق والكلام؟	38
			هل تعاني من إمساك (أو إسهال) كثيرا ؟	39
			هل تشعر بالنسيان (أو عدم القدرة على التركيز) من وقت لآخر؟	40
			<u>المحور الثالث:</u>	41
			هل تشعر أنت متعاوننا مع أسرتك؟	42
			هل تشعر بالسعادة في حياتك وأنت مع أسرتك؟	43
			هل أنت محبوب من أفراد أسرتك؟	44
			هل تشعر بأن لك دور فعال وهام في أسرتك ؟	45
			هل تحترم أسرتك رأيك وممكن أن تأخذ به؟	46
			هل تفضل أن تقضي معظم وقتك مع أسرتك؟	47
			هل تأخذ حقا من الحب والعطف والحنان والأمن من أسرتك؟	48
			هل التفاهم هو أسلوب التعامل بين أسرتك؟	49
			هل تحرص على مشاركة أسرتك أفراحها وأحزانها؟	50
			هل تشعر أن علاقاتك مع أفراد أسرتك وثيقة وصادقة؟	51
			هل تفتخر أمام الآخرين أنك تنتمي لهذه الأسرة؟	52
			هل أنت راضي عن ظروف الأسرة الاقتصادية (والثقافية)؟	53
			هل تشجعك أسرتك على إظهار ما لديك من قدرات ومواهب؟	54
			هل أفراد أسرتك تقف بجوارك وتخاف عليك عندما تتعرض لمشكلة لمشكلة؟	55
			هل تشجعك أسرتك على تبادل الزيارات مع الأصدقاء والجيران؟	

56	هل تشعر أنك أسرتك أنك عبء ثقيل عليها؟
57	هل تتمنى أحيانا أن تكون لك أسرة غير أسرتك؟
58	هل تعاني من كثير من المشاكل داخل أسرتك؟
59	هل تشعر بالقلق أو الخوف وأنت داخل أسرتك؟
60	هل تشعر بأن أسرتك تعاملك على أنك طفلا صغيرا؟
61	<u>المحور الرابع:</u> هل تحرص على المشاركة الإيجابية الاجتماعية والتروحية مع الآخرين؟
62	هل تستمتع بمعرفة الآخرين والجلوس معهم؟
63	هل تشعر بالمسئولية تجاه تنمية المجتمع مثل كل مواطن؟
64	هل تتمنى أن تقضي معظم وقت فراغك مع الآخرين؟
65	هل تحترم رأي زملائك وتعمل به إذا كان رأيا صائبا؟
66	هل تشعر بتقدير الآخرين لأعمالك وإنجازتك؟
67	هل تعتذر لزميلك إذا تأخرت عن الموعد المحدد؟
68	هل تشعر بالولاء والانتماء لأصدقائك؟
69	هل تشعر بالسعادة لأشياء قد يفرح بها الآخرون كثيرا؟
70	هل تربطك علاقات طيبة مع الزملاء وتحرص على إرضائهم؟
71	هل يساعدك المشاركة في الحفلات والمناسبات الاجتماعية؟
72	هل تحرص على حقوق الآخرين بقدر حرصك على حقوقك؟
73	هل تحاول الوفاء بوعدك مع الآخرين لأن وعد الحر دين عليه؟
74	هل تجد متعة كبيرة في تبادل الزيارات مع الأصدقاء والجيران؟
75	هل تفكر كثيرا قبل أن تقدم على عمل قد يضر بمصالح الآخرين (أو ترفضه)؟
76	هل تفتقد الثقة والاحترام المتبادل مع الآخرين؟
77	هل يصعب عليك الدخول في منافسات مع الآخرين حتى لو كانوا في مثل سنك؟
78	هل تخجل من مواجهة الكثير من الناس (أو ترتبك أثناء الحديث أمامهم)؟
79	هل تتخلى عن إسداء النصح لزميلك خوفا من أن يزعج منك؟
80	هل تشعر بعدم قدرتك على مساعدة الآخرين ولو في بعض الأمور البسيطة؟

الملحق رقم(3)
الصورة النهائية لمقياس التوافق النفسي

لا تنطبق لا	متردد أحيانا	تنطبق نعم	العبارة
			1 المحور الأول: هل لديك ثقة في نفسك بدرجة كافية؟
			2 هل أنت متفائل بصفة عامة؟
			3 هل لديك رغبة في الحديث عن نفسك وعن إنجازاتك أمام الآخرين؟
			4 هل تشعر أنك شخص له فائدة ونفع في الحياة؟
			5 هل تشعر بالراحة النفسية والرضا في حياتك؟
			6 هل أنت سعيد وبشوش في حياتك؟
			7 هل تشعر أنك شخص محظوظ في الدنيا؟
			8 هل تشعر بالاتزان الانفعالي والهدوء أمام الناس؟
			9 هل تحب الآخرين وتتعاون معهم ؟
			10 هل أنت قريب من الله بالعبادة والذكر دائما؟
			11 هل أنت ناجح ومتوافق مع الحياة؟
			12 هل تشعر باستياء وضيق من الدنيا عموما؟
			13 هل تشعر بالقلق من وقت لآخر ؟
			14 هل تعتبر نفسك عصبي المزاج إلى حد ما؟
			15 هل تميل إلى أن تتجنب المواقف المؤلمة بالهرب منها؟
			16 هل تشعر بنوبات صداع أو غثيان من وقت لآخر؟
			17 المحور الثاني: هل لديك قدرات ومواهب متميزة؟
			18 هل تمتع بصحة جيدة وتشعر بأنك قوي البنية؟
			19 هل أنت راض عن مظهرك الخارجي (طول القامة - حجم الجسم)؟
			20 هل تساعدك صحتك على مزاوله الأعمال بنجاح؟
			21 هل تهتم بصحتك جيدا وتتجنب الإصابة بالمرض؟
			22 هل تعطي نفسك قدر من الاسترخاء والراحة للمحافظة على صحتك في حالة جيدة؟
			23 هل تعاني من بعض العادات مثل (قضم الأظافر - أو الغمز بالعين) ؟
			24 هل تشعر بصداع أو ألم في رأسك من وقت لآخر؟
			25 هل تشعر أحيانا بحالات برودة أو سخونة؟
			26 هل تعاني من مشاكل و اضطرابات الأكل (سوء هضم- فقدان شهية - شره عصبي)؟

27	هل يدق قلبك بسرعة عند قيامك بأي عمل؟
28	هل تشعر بالإجهاد وضعف الهممة من وقت لآخر؟
29	هل تتصبب عرقا (أو ترتعش يداك) عندما تقوم بعمل ؟
30	هل تشعر أحيانا أنك قلق وأعصابك غير موزونة؟
31	هل يعوقك وجع ظهرك أو يداك عن مزاولة العمل؟
32	هل تعاني من إمساك (أو إسهال) كثيرا ؟
33	هل تشعر بالنسيان (أو عدم القدرة على التركيز) من وقت لآخر؟
34	المحور الثالث: هل تشعر أنت متعاوننا مع أسرته؟
35	هل أنت محبوب من أفراد أسرته؟
36	هل تشعر بأن لك دور فعال وهام في أسرته ؟
37	هل تحترم أسرته رأيك وممكن أن تأخذ به؟
38	هل تفضل أن تقضي معظم وقتك مع أسرته؟
39	هل التفاهم هو أسلوب التعامل بين أسرته؟
40	هل تشعر أن علاقاتك مع أفراد أسرته وثيقة وصادقة؟
41	هل تفخر أمام الآخرين أنك تنتمي لهذه الأسرة؟
42	هل تشجعك أسرته على إظهار ما لديك من قدرات ومواهب؟
43	هل أفراد أسرته تقف بجوارك وتخاف عليك عندما تتعرض لمشكلة؟
44	هل تشعرك أسرته أنك عبء ثقيل عليها؟
45	هل تتمنى أحيانا أن تكون لك أسرة غير أسرته؟
46	هل تعاني من كثير من المشاكل داخل أسرته؟
47	هل تشعر بالقلق أو الخوف وأنت داخل أسرته؟
48	هل تشعر بأن أسرته تعاملك على أنك طفلا صغيرا؟
49	المحور الرابع: هل تحرص على المشاركة الإيجابية الاجتماعية والترويحية مع الآخرين؟
50	هل تستمتع بمعرفة الآخرين والجلوس معهم؟
51	هل تشعر بالمسؤولية تجاه تنمية المجتمع مثل كل مواطن؟
52	هل تتمنى أن تقضي معظم وقت فراغك مع الآخرين؟
53	هل تحترم رأي زملائك وتعمل به إذا كان رأيا صائبا؟
54	هل تشعر بتقدير الآخرين لأعمالك وإنجازاتهم؟
55	هل تشعر بالولاء والانتماء لأصدقائك؟
56	هل تشعر بالسعادة لأشياء قد يفرح بها الآخرون كثيرا؟
57	هل تربطك علاقات طيبة مع الزملاء وتحرص على إرضائهم؟
58	هل يسعدك المشاركة في الحفلات والمناسبات الاجتماعية؟

			هل تحرص على حقوق الآخرين بقدر حرصك على حقوقك؟	59
			هل تجد متعة كبيرة في تبادل الزيارات مع الأصدقاء والجيران؟	60
			هل تفتقد الثقة والاحترام المتبادل مع الآخرين؟	61
			هل تخجل من مواجهة الكثير من الناس (أو ترتبك أثناء الحديث أمامهم)؟	62
			هل تتخلى عن إساءة النصيح لزميلك خوفا من أن يزعل منك؟	63

الملحق رقم (4)

مقياس قوة الأنا في صورته الأولية

م	العبارة	نعم	لا
1	شهيتي للطعام جيدة.		
2	أصاب بالإسهال مرة في الشهر أو أكثر.		
3	تنتابني أحيانا نوبات من الضحك والبكاء لا أستطيع مقاومتها.		
4	أجد صعوبة في أن أركز ذهني في عمل أو مهنة نتيجة عدم انتظام نسبة السكر.		
5	مررت بخبرات في منتهى العجب والغرابة.		
6	تنتابني الحكمة في معظم الوقت.		
7	قليلا ما ينتابني القلق على صحتي.		
8	نومي مضطرب وقلق.		
9	عندما أكون مع الناس يضايقني أن اسمع أشياء غريبة.		
10	صحتي الجسمية كصحة معظم أصدقائي في الجودة.		
11	أعتقد أن كل شيء يحدث وفقا لما ذكره الأنبياء والرسول.		
12	كثيرا ما أشعر في بعض أجزاء جسمي بما يشبه الاحتراق أو القشعريرة أو التتميل أو التخدير نتيجة ارتفاع نسبة السكر.		
13	من السهل أن أهزم في المناقشة.		
14	أعمل أشياء كثيرة أندم عليها فيما بعد.		
15	أتردد على أماكن العبادة كل أسبوع تقريبا.		
16	قابلت مشكلات لم أستطع أن أقرر شيئا بشأنها لكثرة ما كان لها من حلول.		
17	بعض الناس يصل حبهم للسيطرة إلى درجة أشعر معها برغبة في مخالفتهم حتى ولو كانوا على حق.		
18	أحب جمع الزهور وتربية النباتات المنزلية.		
19	أحب أن أقوم بطهي الطعام .		
20	كانت صحتي في خلال السنوات القليلة الماضية جيدة على وجه العموم.		
21	لم يحدث لي قط أن أعمي علي .		
22	أشعر برغبة في القيام بعمل مثير حين ينتابني السأم أو الملل.		
23	لم يحدث أن فقدت يداي اتزانهما أو مهارتهما .		
24	أشعر في معظم الأوقات بضعف عام بسبب السكري .		
25	لم يحدث أن وجدت صعوبة في حفظ توازني في المشي.		
26	أحب أن أغازل الجنس الآخر.		
27	أعتقد أن ذنوبي لا يمكن أن تغفر.		
28	غالبا ما أجد نفسي قلقا على أمر من الأمور.		

29	أحب العلوم.
30	أحب التحدث في الأمور الجنسية.
31	أغضب بسهولة ولكن سرعان ما أعود إلى حالتي الطبيعية.
32	كثيرا ما أستغرق في التفكير.
33	أحلم عادة بأشياء أفضل أن أحتفظ بها لنفسى.
34	يسيء الآخرون عادة فهم طريقتى في التصرف.
35	تصيبني نوبات يتوقف فيها نشاطى ولا أشعر فيها بما يدور حولى بسبب ارتفاع نسبة السكر.
36	أستطيع أن أبقى صلتى بأولئك الذين تصدر منهم أفعال أعتبرها خطأ.
37	لو كنت فنانا لوددت أن أرسم الزهور.
38	عندما أغادر المنزل لا ينتابنى الضيق أو الشك في أن أكون قد تركت النوافذ مفتوحة أو الباب غير مغلق.
39	يصبح سمعى أحيانا مرهفا لدرجة تضايقتى.
40	غالبا ما أعبر الطريق لأتخاشى مقابلة شخص ما.
41	عندى أفكار غريبة غير عادية.
42	أجد متعة أحيانا في إيذاء الأشخاص الذين أحبهم.
43	تستولى علىّ أحيانا فكرة تافهة وتظل تضايقتى عدة أيام.
44	أخاف من النار.
45	لا أحب رؤية النساء وهن يدخن.
46	عندما يقول شخص كلاما تافها أو خطأ عن شيء أعرفه أحاول أن أصححه.
47	أشعر بأننى لا أستطيع أن أخبر أي شخص عن كل ما فى نفسى.
48	غالبا ما بدت لي خططي مملوءة بالصعاب لدرجة أنني اضطررت إلى التخلي عنها.
49	إنه لما يسرنى حقا أن أتغلب على نصاب فى نفس الشيء الذى تخصص فيه.
50	مرت بي حالات دينية غريبة .
51	واحد أو أكثر من أفراد أسرتى عصبى جدا.
52	يجذبني أفراد الجنس الآخر.
53	كان ولي أمرى (أي أبى أو زوج أمى ... إلخ) شديدا فى معاملته لى أثناء طفولتى.
54	أعتقد بقيام الأنبياء والرسل بالمعجزات.
55	أصلى كثيرا.
56	أشعر بالعطف نحو أولئك الذين يغلب عليهم الاستغراق فى أحزانهم ومتاعبهم.

57	أخاف أن أجد نفسي في مكان صغير مغلق خوفا من غيبوبة السكر.
58	القذارة تخوفني أو تثير اشمئزازي خوفا من إصابتي بأمراض أخرى.
59	في اعتقادي ياسر عرفات كان أفضل من زعماء عرب آخرون.
60	تتوفر في منزلنا الضروريات المعتادة (مثل الطعام الكافي والملبس... إلخ).
61	تضطرب أعصابي عند رؤية حيوانات معينة.
62	يبدو جلدي حساس جدا للمس.
63	أشعر بالتعب في معظم الوقت.
64	لا أشاهد الاستعراضات الغير أخلاقية أبدا مادام في استطاعتي أن أتجنب ذلك.
65	لو كنت فنانا لأحببت أن أرسم الأطفال.
66	أشعر أحيانا بأنني على وشك الانهيار عندما لا أستطيع السيطرة على نسبة السكر الطبيعية.
67	غالبا ما انزعجت في منتصف الليل.
68	أحب ركوب الخيل.

الملحق رقم(5)
الصورة النهائية لمقياس قوة الأنا

م	العبرة	نعم	لا
1	شهيتي للطعام جيدة.		
2	أصاب بالإسهال مرة في الشهر أو أكثر.		
3	تنتابني أحيانا نوبات من الضحك والبكاء لا أستطيع مقاومتها.		
4	أجد صعوبة في أن أركز ذهني في عمل أو مهنة نتيجة عدم انتظام نسبة السكر.		
5	مررت بخبرات في منتهى العجب والغرابة.		
6	تنتابني الحكمة في معظم الوقت.		
7	قليلًا ما ينتابني القلق على صحي.		
8	نومي مضطرب وقلق.		
9	كثيرًا ما أشعر في بعض أجزاء جسمي بما يشبه الاحتراق أو القشعريرة أو التتميل أو التخدير نتيجة ارتفاع نسبة السكر.		
10	من السهل أن أهزم في المناقشة.		
11	أعمل أشياء كثيرة أندم عليها فيما بعد.		
12	أتردد على أماكن العبادة كل أسبوع تقريبًا.		
13	قابلت مشكلات لم أستطع أن أقرر شيئًا بشأنها لكثرة ما كان لها من حلول.		
14	بعض الناس يصل حبهم للسيطرة إلى درجة أشعر معها برغبة في مخالفتهم حتى ولو كانوا على حق.		
15	كانت صحي في خلال السنوات القليلة الماضية جيدة على وجه العموم.		
16	لم يحدث لي قط أن أعمي علي .		
17	أشعر برغبة في القيام بعمل مثير حين ينتابني السأم أو الملل.		
18			
19	أشعر في معظم الأوقات بضعف عام بسبب السكري .		
20	أحب أن أغازل الجنس الآخر.		
21	أعتقد أن ذنوبي لا يمكن أن تغتفر.		

		غالباً ما أجد نفسي قلقاً على أمر من الأمور.	22
		أحب التحدث في الأمور الجنسية.	23
		أغضب بسهولة ولكن سرعان ما أعود إلى حالتي الطبيعية.	24
		أحلم عادة بأشياء أفضل أن أحتفظ بها لنفسى.	25
		يسىء الآخرون عادة فهم طريقتى فى التصرف.	26
		تصيبني نوبات يتوقف فيها نشاطي ولا أشعر فيها بما يدور حولي بسبب ارتفاع نسبة السكر.	27
		يصبح سمعي أحياناً مرهفاً لدرجة تضايقتني.	28
		غالباً ما أعبر الطريق لأتخاشى مقابلة شخص ما.	29
		عندي أفكار غريبة غير عادية.	30
		أجد متعة أحياناً في إيذاء الأشخاص الذين أحبهم.	31
		لا أحب رؤية النساء وهن يدخن.	32
		أشعر بأننى لا أستطيع أن أخبر أى شخص عن كل ما فى نفسى.	33
		غالباً ما بدت لي خططي مملوءة بالصعاب لدرجة أنني اضطررت إلى التخلي عنها.	34
		إنه لما يسرنى حقا أن أتغلب على نصاب فى نفس الشيء الذى تخصص فيه.	35
		مرت بي حالات دينية غريبة .	36
		واحد أو أكثر من أفراد أسرتي عصبى جداً.	37
		يجذبني أفراد الجنس الآخر.	38
		كان ولي أمرى (أى أبى أو زوج أمى ... إلخ) شديداً فى معاملته لي أثناء طفولتى.	39
		أعتقد بقيام الأنبياء والرسل بالمعجزات.	40
		أصلي كثيراً.	41
		أشعر بالعطف نحو أولئك الذين يغلب عليهم الاستغراق فى أحزانهم ومتاعبهم.	42
		أخاف أن أجد نفسى فى مكان صغير مغلق خوفاً من غيبوبة السكر.	43

		القذارة تخوفني أو تثير اشمئزازي خوفا من إصابتي بأمراض أخرى.	44
		تضطرب أعصابي عند رؤية حيوانات معينة.	45
		يبدو جلدي حساس جدا للمس.	46
		أشعر بالتعب في معظم الوقت.	47
		أشعر أحيانا بأثني على وشك الانهيار عندما لا أستطيع السيطرة على نسبة السكر الطبيعية.	48
		غالبا ما انزعجت في منتصف الليل.	49
		أحب ركوب الخيل.	50

